MINISTERUL ÎNVĂŢĂMÂNTULUI

EMIL VERZA

PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ

Manual pentru clasa a XIII - a, şcoli normale

EDITURA DIDACTICĂ ŞI PEDAGOGICĂ R.A. - BUCUREŞTI, 1997

Scanned with OKEN Scanner

MINISTERUL ÎNVĂȚĂMÂNTULUI

Prof. univ. dr. EMIL VERZA

PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ

Manual pentru clasa a XIII-a, școli normale

EDITURA DIDACTICĂ ȘI PEDAGOGICĂ, R. A. — BUCUREȘTI 1997

Scanned with OKEN Scanner

Manualul a fost elaborat în anul 1992, revizuit în anul 1994 și reeditat în anii 1995, 1996 și 1997.

ISBN 973-30-5952-8

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul 1

OBIECTUL ŞI METODELE PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE. LOCUL PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE ÎN CADRUL ŞTIINŢELOR PSIHOPEDAGOGICE

Ştiinţele psihologice şi pedagogice au cunoscut un avânt însemnat în a doua jumătate a secolului trecut şi în prima parte a acestui secol. S-au constituit noi domenii şi s-a pus un accent tot mai mare pe caracterul aplicativ, pornind de la nevoia de cunoaştere a copilului şi evaluare a capacităţilor psihice, în vederea adoptării unor strategii eficiente pentru optimizarea procesului instructiv-educativ. S-a acreditat ideea că diferenţele psiho-fizice dintre copii şi modalităţile specifice de activitate impun o organizare ierarhică şi diferenţiată a educaţiei şi intervenţiilor care să valorifice maximal dezvoltarea potenţialului uman. Probleme cu semnificaţii deosebite le creează copiii handicapaţi, a căror instrucţie şi educaţie trebuie să se subordoneze scopului corectiv-recuperativ şi integrativ socio-profesional. Din aceste necesităţi s-au constituit domeniile psihopedagogiei speciale care cunosc azi o diversitate şi dezvoltare profundă, ce se raportează la fiecare categorie de handicap.

1. OBIECTUL ŞI LOCUL PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE ÎN CADRUL ŞTIINŢELOR PSIHOPEDAGOGICE

Psihopedagogia specială sau defectologia este o ştiinţă psihopedagogică ce se ocupă de persoanele handicapate, de studiul particularităţilor psihice, de instrucţia şi educaţia lor, de evoluţia şi dezvoltarea lor psihică, de modalităţile corectiv-recuperative pentru valorificarea potenţialului uman existent şi formarea personalităţii acestora în vederea integrării socio-profesionale cât mai adecvate. Aşadar, conturarea domeniului depăşeşte cadrul teoretic şi are profunde implicaţii practic-aplicative în care educaţia, instrucţia, recuperarea şi integrarea se constituie ca activităţi de intervenţie specială care să conducă la dezvoltarea de comportamente şi disponibilităţi necesare inser-

Scanned with OKEN Scanner

ției sociale. Prin investigații și studii aprofundate s-au elaborat metodologii corectiv-recuperative specifice fiecărei categorii de handicap și raportate la gravitatea acesteia, la forma de manifestare, la vârsta subiectului, la posibilitățile de compensare și valorizare a structurilor persoanei. De aici rezultă că preluarea, chiar și simplificată, a unor metode și tehnici utilizate în procesul instructiv-educativ al copiilor normali nu numai că este dificilă, dar și-a dovedit în repetate rânduri ineficiența la handicapați. Activitatea cu copiii handicapați a demonstrat necesitatea unor demersuri specializate în care practica școlară a impus programe și manuale adaptate la obiectivele învățământului special. Reușitele sunt cu atât mai semnificative cu cât în activitățile respective sunt antrenate toate instituțiile preșcolare și școlare speciale care dispun de scopuri clare de moment și de perspectivă, la care să-și aducă contribuția întregul personal. Este o menire încărcată cu evidente rezonanțe umaniste, ce se manifestă prin exprimarea grijii față de o categorie de oameni nedreptățiți de soartă. Specialiștii în psihopedagogie specială au creat o atmosperă de larg interes pentru toate categoriile de handicapați și au investigat o serie mare de probleme ce au condus la diversificarea domeniilor științei. Astfel, în ultimii ani au fost realizate progrese însemnate nu numai în domeniul științelor psihopedagogice, dar și într-o serie de domenii adiacente, cum ar fi : biologia, fiziologia, medicina, lingvistica, ceea ce a făcut posibilă o colaborare de pe poziții diferite în terapia și educația handicapaților. Așa s-a dezvoltat oligofrenopsihologia și oligofrenopedagogia ce studiază aspectele psihologice ale handicapaților de intelect, precum și de psihodiagnoză, de instruire, educare, recuperare și de integrare a acestora în viața socială ; surdopsihologia și surdopedagogia abordează problematica psihologică și pedagogică a activității psihice a persoanelor cu handicap de auz ; tiflopsihologia și tiflopedagogia își delimitează preocupările psihologice și pedagogice la deficienții de vedere ; logopedia are în atenție studiul limbajului, prevenirea și terapia corectivă a tulburărilor de limbaj, iar psihopedagogia specială a handicapaților fizici (locomotori) și de comportament se ocupă cu întreaga problematică a deficienților locomotori, restabilirea funcțiilor restante, compensarea funcțiilor alterate și formarea deprinderilor comportamentale adaptiv-integrative și înlăturarea unor devianțe comportamentale.

În vederea înțelegerii scopurilor fiecărui domeniu, în continuare le vom trata distinct, acordând o atenție deosebită metodologiei corectiv recuperative și direcțiilor specifice activității instructiv-educative din grădiniță și școală. De asemenea, vom analiza particularitățile psihoindividuale și evoluția acestora în funcție de tipul de handicap, de condițiile de mediu, de etiologia ce determină astfel de stări critice și de posibilitățile recuperativ-integrative care contribuie la fixarea activităților adaptative ale subiecților handicapați.

2. DELIMITĂRI CONCEPTUALE

În psihopedagogia specială (defectologie) sunt utilizați o serie de termeni cărora li se acordă, în principiu, același sens și semnificație. Diferențele de la un autor la altul privesc nu atât conținutul termenilor cât, mai cu seamă, nivelul de extindere asupra întregului domeniu sau

Scanned with OKEN Scanner

de referință la toate categoriile de indivizi care prezintă abateri de la standardul de normalitate. Conceptului de normalitate i se acordă, pe de o parte, o semnificație generală ce ia în considerație întreaga dezvoltare psihofizică a persoanei, iar pe de altă parte, una particulară, care circumscrie o trăsătură sau un grup de însușiri (fizice, senzoriale, caracteriale, intelective etc.). Sunt considerate ca fiind normale acele persoane care au o dezvoltare medie și manifestă capacități de adaptare echilibrată la condițiile mediului înconjurător. Pentru a putea fi apreciate, persoanele respective sunt raportate la grupuri de aceeași vârstă și cu același standard cultural. Abaterile de la acestea, peste o anumită toleranță, negative sau pozitive, sunt considerate anormale. Astfel, caracteristicile diferitelor categorii de handicapați ca și cele ce duc la disponibilități superioare se subsumează conceptului de *anormalitate*. Dar în accepțiunea cotidiană, acesta are o încărcătură predominant negativă. Ca atare, anormalitatea are un conținut larg și se referă la toți indivizii cu insuficiențe sau retard în dezvoltare ca și la cei cu abateri comportamentale, cum sunt delincvenții și caracterialii, la bolnavii psihici, la cei care se află în stare critică din punct de vedere senzorial, locomotor, de limbaj și de intelect. Din acest punct de vedere, conceptul de anormalitate este frecvent înlocuit de cel de *subnormalitate*. Numai că și acesta nemulțumește prin caracterul său prea general și, ca și primul, prin semnificația traumatizantă ce i se poate acorda. Totuși, el este folosit pentru indivizi care au o dezvoltare și evoluție normală sau pentru cei care necesită condiți speciale cu caracter educativ-recuperativ în vederea inserței sociale.

În opoziție cu subnormalitatea apare conceptul de *supranormalitate*, în care sunt încadrate toate persoanele ce manifestă capacități deosebite și realizează acțiuni ce presupun o supradotație. Se consideră ca fiind riscant, atât în plan psihologic, cât și social să etichetezi copiii cu termenul de supranormali, deoarece este dificil de evaluat astfel de capacități. Iar cei ce intră sub această incidență pot deveni infatuați, egoiști, capricioși, izolați ș.a.m.d. Trebuie, desigur, subliniat că există o categorie de copii ce manifestă posibilități și disponibilități psihofizice care necesită condiții deosebite pentru valorificarea lor maximală.

În mod obișnuit, subnormalitatea este sinonimă cu *deficiența* și se apreciază că definește cu mai mare exactitate pierderea sau deficitul unor funcții ori chiar a unui organ ce defavorizează desfășurarea activității. Dar și acest termen are o rezonanță traumatizantă, fapt pentru care conceptul de *handicap* pare mai adecvat, deși menține afirmarea deficitului. Noi vom folosi cu precădere acest din urmă termen, căruia îi conferim o accepțiune similară celui de deficiență la care vom face apel, mai des, din motive stilistice. *Facem, totuși, sublinierea că, strict științific, deficiența se referă la afecțiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic, iar handicapul, fără a exclude asemenea destructurări, accentuează consecințele, dificultățile de adaptare la mediu și ia în considerație și stările critice ce apar prin educație deficitară, condițiile de mediu ce defavorizează evoluția normală, perturbările funcționale sau destructurarea lor, inadaptările, obișnuințele și comportamentele neadaptative, întârzierile, retardurile și privațiunea temporară de o funcție etc.*

Scanned with OKEN Scanner

Cu o frecvență mult mai mică este folosit termenul *excepție* sau *excepțional* ce se aplică, în egală măsură, și persoanelor care manifestă capacități deosebite pentru un domeniu ori altul de activitate. Imprecizia este evidentă și cuprinde o gamă prea variată de manifestări ce nu sunt sugerate de conținutul termenului. O situație similară se referă și la termenii de *retardați, înapoiați, întârziați, dificili* sau cu *dificultăți, neadaptați* sau *inadaptați, tulburare* etc., care se găsesc sporadic în unele lucrări și au o poziție de sinonimie cu conceptul de handicap. În același timp, semnalăm utilizarea și a altor termeni pentru fiecare categorie de handicapați. Aceștia au o accepțiune mai restrânsă și de cele mai multe ori se referă la un nivel dat al categoriei de handicapați. Asupra unora din ei vom mai reveni pe parcursul analizei ce o vom face în toate cazurile de prezentare a stărilor de handicapare.

3. METODELE PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE

Psihopedagogia specială — ca știință de graniță între psihologie și pedagogie — se folosește, în egală măsură, de metodele acestor științe, dar le imprimă un caracter specific domeniului respectiv, în funcție de tipul de handicap studiat, de gravitatea acestuia, de evidența unor handicapuri asociate ș.a. Astfel, pentru handicapații de auz, pentru cei cu dificultăți de vorbire, metodele bazate pe probe nonverbale și pe studiul unor comportamente practic-acționate pot duce la surprinderea pertinentă a caracteristicilor activității psihice în comparație cu acele tehnici în care sunt implicate construcții verbale ; pentru handicapații de vedere se vor evita metodele care se bazează exclusiv pe stimuli vizuali, iar la handicapatii motor și de comportament se utilizează metode și tehnici combinate. Ca urmare, cel mai frecvent sunt folosite următoarele metode :

a) *Observația*, care are ca scop culegerea unor date cu privire la comportamentul handicapaților, caracteristicile și evoluția lor psihică, formarea deprinderilor de activitate și a aptitudinilor intelectuale, acumularea de cunoștințe și de experiențe recuperative pentru inserția socio-profesională. *Observația* are avantajul de a permite studiul subiectului în condițiile normale (obișnuite) de activitate și evită situațiile artificiale. Dar, pentru a fi cât mai eficientă, cercetătorul trebuie să-și fixeze dinainte cadrul în care se desfășoară observația, scopul urmărit și să-și noteze, sub formă de protocoale, datele rezultate pe care să le prelucreze ulterior. Pe cât este posibil, să se apeleze la mijloace tehnice de înregistrare (casetofoane, camere de luat vederi etc.). Oricum, subiectul nu trebuie să știe că este observat în mod special, pentru a-l feri de impactul cu unele modalități neobișnuite de activitate și de elaborare a răspunsurilor la variabile neprevăzute.

b) *Experimentul* are două variante : *natural* și *de laborator*. Experimentul natural se desfășoară prin introducerea unor stimuli suplimentari în activitatea derulată de subiect la care se solicită răspuns sau prin organizarea unor activități (ludice, de învățare, de formare a deprinderilor practice) în care apar variabile diferite ce îl pun pe subiect în situații deosebite. Spre exemplu, experimentul psihopedagogic răspunde acestor cerințe și își dovedește utilitatea mai cu seamă în procesul

Scanned with OKEN Scanner

instructiv-educativ, când se pot preda unele cunoștințe prin metode mai puțin obișnuite pentru a le verifica eficiența sau prin introducerea unor concepte abstracte la o anumită disciplină pentru a vedea în ce măsură copiii le înțeleg și au posibilitatea să le integreze în sisteme operative ale muncii intelectuale. În schimb, experimentul de laborator imprimă o notă de precizie mai mare pentru că, așa cum îi spune numele, se realizează în laboratoare dotate cu aparatură specială de creare a unui cadru stimulativ și de înregistrare a reacțiilor subiectului.

c) *Testele* au o mare răspândire și ele se împart în *verbale* și *neverbale*. Pentru unele categorii de handicapați, cum sunt surdomuții, cei cu handicap sever de intelect, testele neverbale bazate pe simboluri imagistice sau pe asamblări de obiecte sunt singurele edificatoare. Testele verbale operează cu cuvinte și cifre, ceea ce presupune o oarecare capacitate de a utiliza simboluri verbale. Sunt de preferat probele etalonate sau standardizate. Unele din acestea se pot aplica colectiv, iar altele, individual și sunt adaptate la nivelul vârstei. În general, testele vizează o însușire, o funcție sau un proces psihic și nu ansamblu psihismului uman. Trebuie să subliniem faptul că nu toate testele ce se aplică la persoanele normale pot fi utilizate și la handicapați, deoarece unele depășesc nivelul lor de înțelegere și capacitatea de a elabora răspunsuri apropiate de cerințele probei. Acesta este și motivul pentru care mulți specialiști au elaborat sau adaptat teste specifice condiției handicapatului.

d) *Conversația*, deși se desfășoară cu dificultate la unele categorii de handicapați, prezintă avantajul că aceștia nu pot simula sau masca unele comportamente, sunt mai sinceri și manifestă un oarecare infantilism în elaborarea răspunsurilor. Important este să se folosească un limbaj adecvat nivelului de înțelegere și o formă ce poate fi receptată de subiecți (limbajul gestual sau al dactilemelor pentru surdomuți, limbajul verbal însoțit de un material ilustrativ adecvat care să stimuleze înțelegerea și verbalizarea pentru handicapați de intelect ș.a.m.d.).

e) *Analiza produselor activității* se raportează la nivelul de pregătire a subiecților, la stadiul formării deprinderilor și obișnuințelor în diferitele forme de activitate, la metodologia corectiv-recuperativă adaptată în educația specială. Aceste produse ale activității pot constitui nu numai mijloace de cunoaștere, dar și psihodiagnoză (este și cazul desenului, al produsului grafic în general).

f) *Anamneza* este foarte importantă pentru stabilirea momentului producerii handicapului și a cauzelor acestuia, pentru studiul evoluției subiectului și al momentelor mai importante din viața sa. În realizarea acestei forme vor avea loc discuții cu părinții, cu rudele, cu cei din anturajul handicapatului și evident, acolo unde este cazul, se iau în considerație propriile sale relatări.

Se știe că sunt și alte metode utilizate în psihopedagogia specială, dar le-am reținut pe cele mai eficiente și cu o întrebuințare mai frecventă. De remarcat că în multe studii se apelează la metode diferite sau la o combinare a acestora pentru a putea cuprinde complexitatea unor fenomene psihice. Pe baza acestora se poate efectua *analiza de caz*, ce se realizează prin studiul subiectului cu ajutorul mai multor probe și prin observarea comportamentului în diverse ipostaze. În cadrul analizei de caz se iau în considerație toate datele personale ale individului,

Scanned with OKEN Scanner

începând de la cele familiale și de etiologie a handicapului, ajungând la evidențierea principalelor caracteristici psihice și terminând cu un profil psihologic în care să se sublinieze diagnosticul și pronosticul evoluției probabile pe scurtă și lungă durată. (fig. 1).

Pentru a facilita un astfel de demers se va folosi fișa psihopedagogică (ce o vom analiza în capitolul următor) adaptată la condiția handicapaților și care are o rubricație ce permite surprinderea în ansamblu a vieții psihice și comportamentale.

TEME DE CONTROL

1. Definiți obiectul psihopedagogiei speciale și analizați importanța teoretică și practică a preocupărilor științifice în domeniul respectiv.
2. Delimitați principalele concepte cu care se operează în psihopedagogia specială.
3. Descrieți metodele și analizați specificul acestora în psihopedagogia specială.

Scanned with OKEN Scanner

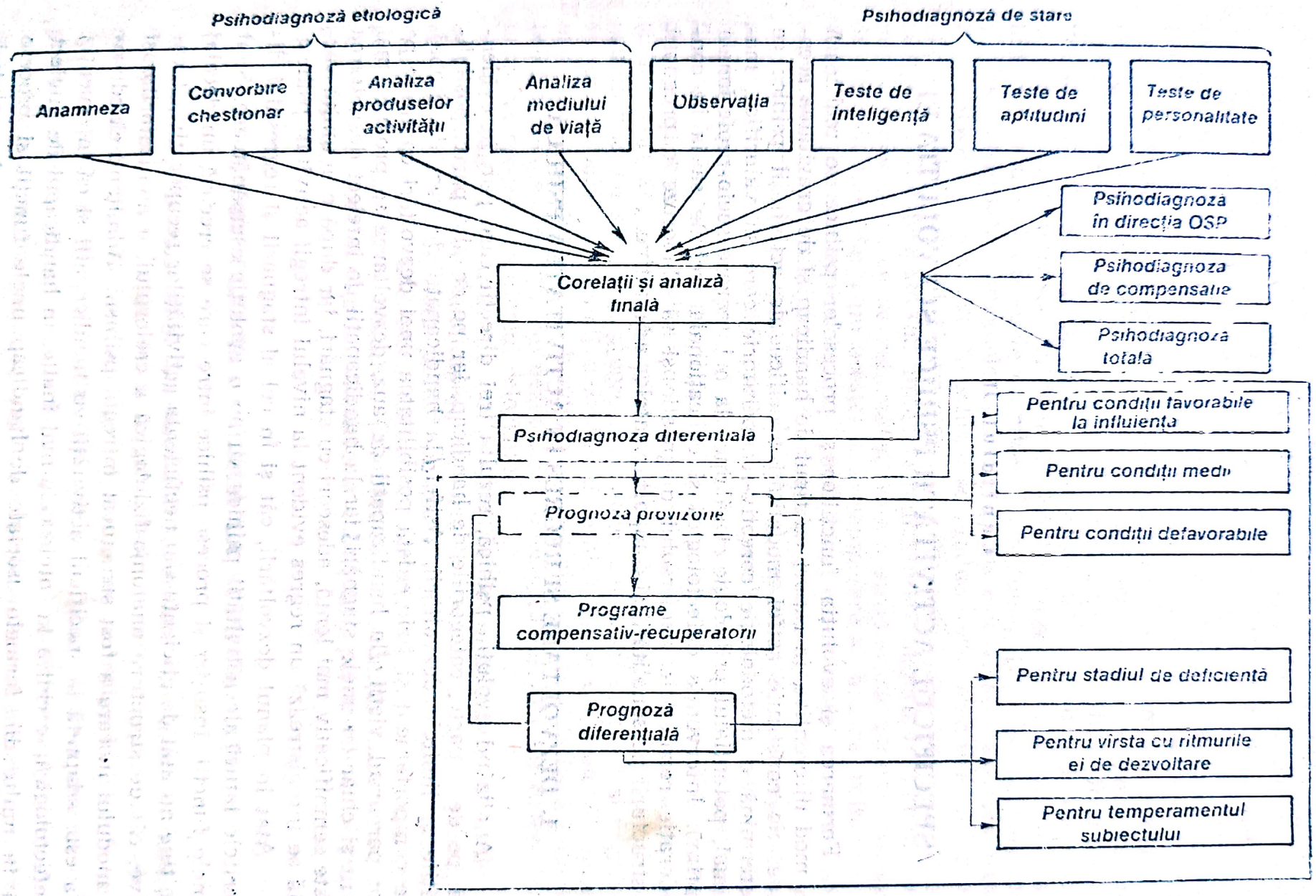


Fig. 1. Shema psihodiagnozei și prognozei

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul II

SPECIFICUL ACTIVITĂȚII PSIHICE ȘI EVOLUȚIA EI

Formarea și evoluția funcțiilor și proceselor psihice se realizează în mod diferențiat, în raport cu tipul de handicap și de gravitatea acestuia. Se constituie astfel modalități specifice ale activității psihice ce determină o metodologie corectiv-recuperatorie care să valorifice, maximal, potențialul psihologic și să ducă la o integrare socio-profesională optimă. Intervenția defectologică și educațională trebuie să ia în considerație rezultatele demersului diagnostic și să elaboreze o prognoză a structurii personalității și comportamentelor adaptative.

1. DEZVOLTARE ȘI REGRES ÎN ACTIVITATEA PSIHICĂ

Analizând evoluția psihică, rezultă trei direcții care pun în evidență, pe de o parte, categoriile de handicap, iar pe de altă parte, posibilitățile și limitele dezvoltării. Astfel, 1 la handicapații de văz, de limbaj, de comportament și fizic există posibilitatea unei dezvoltări continue pe tot parcursul vieții ; 2 la handicapații de auz, dezvoltarea se produce mai lent și chiar cu unele stagnări; 3 iar la handicapații de intelect dezvoltarea este semnificativ mai lentă, adeseori cu stagnări, iar după o anumită vârstă se înregistrează un regres evident la nivelul întregii activități psihice.

Atât în planul dezvoltării, cât și în cel al stagnării și regresului diferitele laturi ale activității psihice nu au o evoluție asemănătoare. Sunt unele funcții, însușiri și procese psihice între care se creează un decalaj ce ține nu atât de eficiența sau neeficiența activităților recuperativ-educative, cât de structura anatomo-fiziologică a creierului, a analizatorilor și a modului în care a fost structurat întregul psihism. Admițând că educația este adaptată la specificul activității cu handicapații și că intervenția defectologică se ridică la cotele cele mai înalte, în handicapul de intelect și în multe din formele asociate de handicap unele funcții și procese psihice se rezolvă nesemnificativ pentru planul general al evoluției. Dintre acestea, enumerăm procesele de gândire, imaginație, voință și

Scanned with OKEN Scanner

funcțiile de creativitate, algoritmice și euristice, de calcul mental, de generalizare și abstractizare ș.a. Mai puțin afectate sunt modalitățile senzorial-perceptive și mnezice, afectele, dispozițiile, disponibilitățile formării unor trăsături de caracter etc. Pentru handicapații de auz, dificultățile cele mai pregnante țin de planul comunicării și al dezvoltării limbajului, dar pe măsură ce se înregistrează progrese în acest comportament au loc adevărate salturi în toată activitatea psihică și mai cu seamă la nivelul gândirii, imaginației, motivației și voinței. Handicapații de vedere au dificultăți senzorial-perceptive și de orientare în spațiu, de reprezentare și de adaptare la condițiile mediului înconjurător, dar acestea sunt compensate prin dezvoltarea gândirii, a memoriei și voinței. Învățarea scris-cititului în braille lărgește orizontul cunoașterii și stimulează procesele cogniției. La handicapații de comportament și fizic integritatea proceselor de cunoaștere este relativ asemănătoare cu a persoanelor normale, în schimb se produc unele modificări în plan motivațional, volițional și caracterial ce nu facilitează autoreglajul și adaptarea. Handicapații de limbaj au dificultăți majore în planul comunicațional, ceea ce se reflectă și asupra structurării caracteristicilor de personalitate, dar cum acestea sunt temporare se ajunge, prin intervenții recuperativ-educative, la o adevărată normalizare și dezvoltare armonioasă a activității psihice în ansamblu.

Prin urmare, progresele, stagnările și regresele ce se înregistrează pe linia evoluției activității psihice sunt dependente de calitatea procesului educațional-recuperativ și de tipul, gravitatea, structura anatomo-fiziologică afectată a handicapatului. Din această perspectivă, cadrul general al analizei trebuie desfășurat relevând specificul handicapului și în raport de formele funcțiilor și proceselor psihice ce au o evoluție neuniformă, cu salturi și progrese în unele, dar și cu stagnări și regrese în altele. Dacă la normali dezvoltarea psihică, chiar cu unele decalaje, este totuși armonioasă, la handicapați decalajul dintre diferitele paliere psihice devine evident, iar dezvoltarea unei caracteristici nu determină neapărat progrese la nivelul celorlalte.

În comparație cu aceste forme specifice de organizare și evoluție a activității psihice la handicapați, la normali acționează legi și principii care denotă o dezvoltare psihică pe toată durata vieții individului cu excepția unor persoane care, intrând în vârstele de regresie (bătrânețe), pot suferi modificări negative. Comparativ cu evoluția handicapaților, supradotații cunosc salturi calitative și cantitative pertinente în dezvoltarea psihică.

2. DEZVOLTAREA PSIHICĂ LA SUPRADOTAȚI

Copiii cu posibilități și disponibilități superioare sunt adeseori numiți excepționali, supradotați, talentați, înzestrați, dotați, supranormali etc., manifestând abilități deosebite într-un domeniu sau chiar în mai multe. Aceștia depășesc nivelul inteligenței medii în plan abstract sau în cel practic-acțional și au o capacitate sporită în rezolvarea problemelor, adoptând soluții creatoare și originale. Inteligența supradotaților determină atât organizarea mentală, cât și cea comportamentală, facilitând adaptarea la mediu și relaționarea cu acesta. Astfel, un copil, supradotat

Scanned with OKEN Scanner

devine productiv și creator în condițiile când intelectul său cuprinde dimensiunile de flexibilitate, fluiditate, originalitate, esențializare și autoorganizare-reglare în raport cu realitatea. Asemenea dimensiuni se manifestă în toate formele de inteligență: abstractă, tehnică, motrică și socială. Dar sporirea capacităților și aptitudinilor într-un domeniu sau altul de activitate este în funcție și de condițiile de viață ale individului și de asimilarea experiențelor prin activități de învățare organizată sau spontană. Desigur, inteligența este un factor necesar pentru formarea disponibilităților superioare, dar, pe lângă aceasta, motivația și voința formează cadrul general atitudinal față de activitate.

Asemenea copii, care posedă capacități și disponibilități deosebite, trebuie depistați de timpuriu și supuși unui program care să stimuleze la maximum posibilitățile lor creative. În acest context este necesar să se adopte un sistem diferențial al educației, pentru a le crea posibilitatea dezvoltării în raport de structurile superioare ale fiecăruia.. Din literatura de specialitate se desprind două puncte de vedere mai deosebite. Primul se referă la ideea selectării copiilor respectivi și constituirea unor clase sau instituții specializate, bazate pe o metodologie care să accelereze procesul instructiv-educativ, iar al doilea la aplicarea unei metodologii pentru toți copiii normali, deoarece învățământul este interesat, în egală măsură, să stimuleze întreaga populație școlară și să le formeze o motivație care să permită realizarea performanțelor superioare.

Din perspectiva primului punct de vedere se argumentează că cca. 1—3% din totalul copiilor depășesc media dezvoltării psihice și aceștia trebuie plasați într-un mediu cu o stimulare specială, care să evite blazarea. Pentru a realiza stimularea necesară, în lipsa unor instituții specializate, se poate adopta un sistem de parcurgere a două clase într-un an, de cursuri suplimentare în afara programelor școlare și admiterea devansată în universitate.

Având în vedere aceste deziderate, în unele țări funcționează astfel de școli pentru copiii supradotați și se fac eforturi pentru elaborarea de programe speciale. Școli de acest gen au fost create în Germania (1917), în S.U.A. (1918), iar ulterior, în Canada, Cehia, Slovacia și fosta U.R.S.S. În prezent, funcționează clase sau școli în țări ca S.U.A., Anglia, Germania, Canada, Cehia, Slovacia, Polonia, Bulgaria, Ungaria, iar în țara noastră au funcționat, sporadic, asemenea clase încă din 1928. În țările unde există școli de acest fel, ele sunt orientate fie spre dezvoltarea unor aptitudini și capacități specifice (matematică, fizică, chimie, biologie, literatură, limbi străine etc.), fie spre formarea unei culturi generale deosebite.

Admiterea în școlile respective se poate face de timpuriu, în raport de perioada de manifestare a capacităților. Atât clasele, cât și școlile specializate trebuie să dispună de o bază materială avansată și să fie încadrate cu cadre didactice ce posedă o înaltă calificare dublată de folosirea unei metodologii didactice superioare.

Adepții celui de-al doilea punct de vedere argumentează că școlile sau clasele separate pentru supradotați le creează un sentiment de superioritate, de infatuare, de izolare, iar pentru ceilalți, care constituie majoritatea, se ajunge la sentimente de inferioritate, de subapreciere etc. Cert este că până în prezent nu dispunem de un sistem științific, fundamentat psihopedagogic, care să imprime procesului instructiv-edu-

Scanned with OKEN Scanner

cativ valențele necesare pentru stimularea maximă a capacităților copiilor excepționali și nici de o metodologie care să permită diferențierea exactă între ereditatea potențialului și achizițiile dintr-un mediu relativ favorabil.

Indiferent de poziția adoptată, tot mai mult se simte nevoia nu a uniformizării procesului instructiv-educativ, ci a diferențierii sale în raport de particularitățile psihoindividuale ale copiilor. Numai astfel se evită hazardul și se pot dezvolta personalități pe măsura capacităților și disponibilităților fiecăruia.

Pentru copiii și tinerii supradotați, excepționali, înzestrați, talentați sau oricum i-am numi, criteriul distincției, al deosebirii de ceilalți este acela al realizării unor performanțe superioare în diferite domenii de activitate. De cele mai multe ori, aceste performanțe se produc la o vârstă timpurie și în mod spontan, menținându-se pe perioade îndelungate sau chiar toată viața. Deși la acești copii există un potențial psihic deosebit, randamentul școlar nu este la toți pe măsura posibilităților ce le au. Educatorii și părinții îi prezintă, pe unii, ca fiind leneși, lipsiți de interes pentru activitatea școlară, indiferenți din punct de vedere afectiv, lipsiți de sensibilitate, obraznici, factori de perturbare a grupului etc. Astfel, în școală, Darwin, Edison, Pasteur, Leibniz, Verdi, Napoleon erau considerați ca elevi mediocri sau chiar slabi, iar Linné era apreciat că nu putea fi decât cizmar, în timp ce Molière avea dificultăți în formarea deprinderilor de scris. Probabil ,că vina o poartă adulții care nu au știut să stimuleze potențialul acestor copii sau au fost tratați într-un mod care i-a făcut să trăiască stări tensionale, conflictuale, frustrante ce nu au favorizat dezvoltarea motivației pentru activitatea școlară.

În literatura psihopedagogică multă vreme s-a purtat o dispută aprinsă, și deseori contradictorie, cu privire la rolul mediului și al eredității în determinarea stării superioare a subiecților umani. S-au diferențiat două poziții susținute de așa numiții „nativiști" și „ambientaliști" ce puneau accent, în mod exclusiv, pe unul din factorii respectivi și ignorau o eventuală relație ce ar fi putut da o perspectivă mai complexă devenirii umane. În prezent se poate demonstra că înzestrarea superioară psihică și mai cu seamă cea intelectivă este determinată de ereditate, prin organizarea structurală a materiei nervoase, dar realizarea sau frânarea potențialului depinde de factorii de mediu. Așa cum afirmă psihologul H. J. Eysenck „este rațional să credem că nu funcția, ci doar structura se moștenește și că e greu de susținut cum s-ar putea determina ereditar o conduită". Zestrea genetică favorabilă poate fi stimulată prin educația din familie și școală în așa fel încât să-l plaseze pe copilul de excepție într-o ambianță ce permite valorificarea maximală a potențialului său. Acești copii se pot „pierde" în lipsa unui mediu stimulativ sau nu ajung să realizeze performanțe care să depășească media generală a celorlalți. Reușita este cu atât mai mare cu cât copiii capabili de performanțe superioare sunt depistați mai de timpuriu, cu cât li se cunosc mai bine caracteristicile generale, înclinațiile și interesele lor pentru anumite domenii de activitate, mobilurile interne și aptitudinile care îi fac receptivi la acțiuni dintre cele mai complexe pentru a putea crea un teren fertil de cultivare a acestora, în continuare.

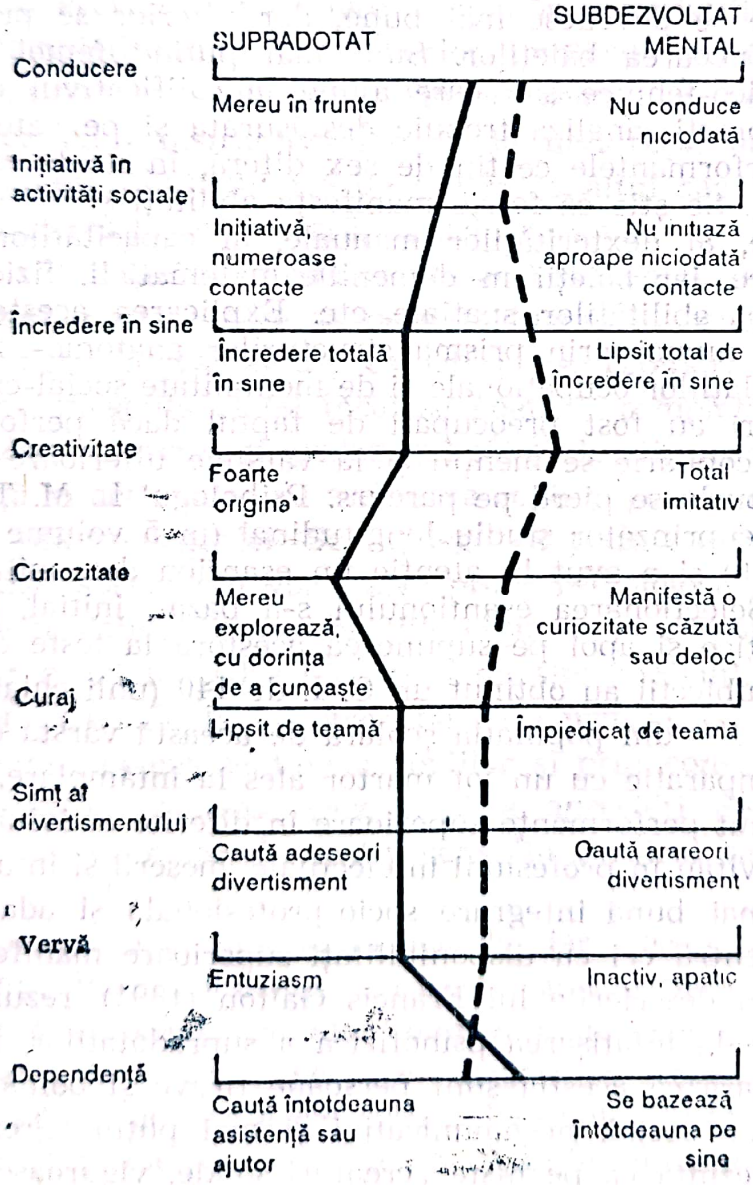
Scanned with OKEN Scanner

Majoritatea specialiștilor apreciază copiii cu disponibilități superioare ca fiind precoci, cu o dezvoltare psihică din care se distinge o inteligență de excepție ce își pune amprenta asupra întregului comportament. Se încearcă chiar alcătuirea unor inventare a particularităților psihice și comportamentale ce caracterizează pe acești copii din care nu lipsește : posibilitățile îndelungate de concentrare și de retenție, însușirea deprinderilor de citit înaintea altora și cu multă ușurință, manifestarea de conduite complexe în joc și contribuția deosebită adusă la organizarea activităților ludice, orientarea de timpuriu spre unele activități în care dobândesc rapid cunoștințe vaste, afirmarea unor forme de creativitate ș.a. Sub raport comportamental în școală, acești copii nu se integrează întotdeauna bine în colectiv, răspund altfel decât colegii lor, sunt mai preocupați de ideile lor, ceea ce poate crea impresia de retragere în sine, devin mai puțin atenți la unele lecții care nu se ridică la nivelul lor, se abat de la unele norme școlare, fac comentarii asupra regulilor impuse, dând impresia de obrăznicie etc. Dintre aptitudinile cele mai evidente pe care le manifestă copiii supradotați, în școală, sunt cele legate de înțelegerea și rezolvarea personală, originală a problemelor, înțelegerea verbală și efectuarea de raționamente, motivația pentru lectură și citirea cursivă. Mulți învață să citească înainte de intrarea în școală sau reușesc să deprindă abilități lexice fără efort prea mare și într-un timp scurt de la începerea școlarizării. Studiile efectuate pe copii supradotați sunt, deseori, raportate la subiecți subdezvoltați mental, când se iau în considerație și o serie de factori ce țin de personalitate (fig. 2).

Factorii de personalitate imprimă caracteristici de ansamblu manifestărilor individuale. Dacă predomină caracteristicile pozitive, abilitățile și aptitudinile se extind asupra mai multor domenii, iar interesele devin tot mai profunde și variate. Dar nu în toate activitățile supradotații sunt la fel de eficienți, putând să se formeze capacități specifice doar pentru unul sau două domenii limitate, iar în celelalte, rezultatele să fie obișnuite. Aptitudinea potențială sau C. I. ridicat este necesară pentru o performanță deosebită, dar pentru valorizare trebuie adăugată motivația care influențează învățarea și implicarea activă în activitate. Modelele cadrelor didactice și ale părinților pot influența și ele evoluția copilului. Când profesorii și învățătorii înțeleg astfel de elevi și le acordă mai multă libertate în manifestări, îi pune în fața unor sarcini diferențiate pe măsura capacității lor și le creează un context de stimulare a aptitudinilor, se obține o evoluție spectaculoasă dublată de un confort psihic pozitiv. Pentru a adopta un comportament adecvat față de elevii cu disponibilități superioare și pentru a ști cum să-i stimuleze, să-i trateze și să contribuie, efectiv, la dezvoltarea lor, dascălul trebuie să posede, pe lângă o pregătire bună în specialitate, și o formație remarcabilă de psihopedagog. Bazat pe această idee, E. P. Torrance apreciază că el (dascălul) trebuie să îndeplinească următoarele condiții : 1. să acorde respect pentru orice întrebare pusă de copii ; 2. același respect să fie acordat ideilor imaginative ; 3. să încurajeze și să sublinieze că ideile emise de copii sunt valoroase ; 4. periodic, să dea copiilor exerciții practice „fără să li se spună că vor fi notați" ; 5. evaluarea să se facă în raport de cauzele și efectele succesului și insuccesu-

lui, iar la acestea am mai adăuga : 6. să se creeze o atmosferă afectivă tonifiantă ; 7. să se stimuleze interesul copiilor și pentru alte domenii în care nu s-au manifestat în mod expres aptitudini, dar care au tangențe cu domeniul inițial ; 8. să găsească forme de evidențiere și popularizare a performanțelor de excepție.

Se apreciază că supradotații posedă un sistem nervos central ce le permit îndeplinirea unor sarcini complexe ce se bazează pe abstracție intelectuală deosebită și imaginație creatoare. Aceste însușiri sunt completate de interes pentru activitate, perseverență și motivație corespunzătoare. În această categorie pot fi incluse și acele persoane extrem de supradotate ce sunt denumite cu termenul de geniu. Specialiștii sunt de părere că cel mult 1‰ manifestă însușiri tipice cu o astfel de calitate. Performanțele realizate de genii sunt și ele mai mari. Dacă societatea este interesată, în mod expres, de performanțe, educatorul și mai ales psihologul sunt interesați de dezvăluirea potențialului pentru



Media trăsăturilor de personalitate ale unor grupe de copii supradotați și subdezvoltați mental (Lightfoot, 1951)

a-l putea stimula și pune în valoare. Atât potențialul supradotaților, cât și performanța se manifestă, printre altele, în aptitudinea școlară și talentul la învățătură, în aptitudinea creatoare și talentul descoperirii, în aptitudinea de conducător și talentul de a-și impune voința în fața celor din jur, în aptitudinea științifică și talentul de a prognoza unele fenomene, în aptitudinea artistică și talentul de a se exprima prin simboluri, forme, modele etc., în aptitudinea tehnică și talentul de sincronizare a mișcărilor, în aptitudinea verbală și talentul comunicării persuasiv- cognitive ș.a.

În ceea ce privește raportarea supradotării la sex, studiile nu sunt suficient de edificatoare; cei mai mulți autori fac aprecieri pe baza observațiilor curente și nu sunt inițiate experimente deosebit de riguroase care să permită absolutizări sau generalizări certe. Sub semnul acestor repere putem remarca unele constatări. Astfel, băieții au o tendință mai mare decât fetele de a se plasa la extreme, adică sunt mai mulți băieți foarte deștepți și foarte slabi. La vârsta școlară, performanțele băieților sunt comparabile cu cele ale fetelor, iar la învățătură adeseori fetele se dovedesc mai bune, dar ulterior se produc oarecare deplasări în favoarea băieților. Sunt mai puține femei care primesc premii științifico-tehnice sau care ajung la calificativul de geniu. Dar pentru a fi corecți, analiza trebuie desfășurată și pe categorii de activități, căci performanțele ce țin de sex diferă, în unele cazuri, de la o situație la alta. Se știe că fetele manifestă abilități și interese în planurile lingvistice, al dexterităților manuale, al capacităților de memorizare și reținere, iar băieții în domeniile matematicii, fizicii, atletismului tehnicii, al abilităților spațiale etc. Explicarea acestor situații nu trebuie făcută numai prin prisma structurilor anatomo-fiziologice ci și prin aceea a relațiilor ocupaționale și de mentalitate social-culturală.

Unii autori au fost preocupați de faptul dacă performanțele mai deosebite din copilărie se mențin și la vârstele ulterioare sau dacă supradotații timpuriu se pierd pe parcurs. Psihologul L. M. Terman a elaborat cel mai cuprinzător studiu longitudinal (în 5 volume apărute între anii 1925—1959) și a avut în atenție un eșantion de copii cuprins între 6 și 12 ani. Selecționarea eșantionului s-a bazat, inițial, pe aprecierea cadrelor didactice și apoi pe supunerea acestora la teste de inteligență. Aproape toți subiecții au obținut un C. I. de 140 (unii chiar peste) și reprezenta circa 1% din populația școlară de această vârstă din statul California. În comparație cu un lot martor ales la întâmplare, copiii supradotați au obținut performanțe superioare în diferite activități și la vârste mature. Ei gravitau în profesiuni intelectuale, meserii și în afaceri. Aceasta denotă o mai bună integrare socio-profesională și adaptare la condițiile vieții pentru cei cu disponibilități superioare manifestate de timpuriu. Încă din descrierile lui Francis Galton (1891), rezultă o serie de date cu privire la înfățișarea psihofizică a supradotaților, infirmându-se credința populară că aceștia sunt persoane firave și bolnăvicioase, neajutorate în plan social, necomunicativi și mai puțin agreabili. Autorul respectiv îi prezintă ca pe niște „creaturi solide, viguroase și capabile". De fapt, sub raport fizic, persoanele supradotate nu prezintă, pe ansamblu, caracteristici distinctive față de ceilalți, ele plasându-se într-o medie a dezvoltării, dar sigur excepții sunt și de o parte și de alta.

Scanned with OKEN Scanner

3. CUNOAȘTEREA ȘI CARACTERIZAREA COPILULUI CONCRETIZATE ÎN FIȘA PSIHOPEDAGOGICĂ

Dacă pentru copilul normal, modelul cunoașterii și caracterizării cu ajutorul fișei psihopedagogice este conturat în manualul de Psihologia copilului și se fac referiri la acesta în numeroase lucrări, pentru handicapați și copiii instituționalizați se simte o astfel de nevoie în vederea relevării specificului particularităților acestora. O fișă psihopedagogică adaptată la situațiile respective a fost elaborată de noi cu ani în urmă (Revista de pedagogie, nr. 3/1985), timp în care și-a demonstrat în practică vitalitatea.

Fișa pe care o prezentăm este destinată cadrelor didactice din grădinițele, școlile speciale de toate gradele și casele de copii ; ea este menită să dea o formă unitară, chiar și sumară, cunoașterii și caracterizării copilului din aceste instituții cu caracter deosebit.

Practic, o asemenea fișă imprimă unitate în domeniul psihodiagnozei, evitând erorile de apreciere a copiilor și variațiile de la o școală la alta în completitudinea fenomenelor implicate pentru evidențierea specificului psihocomportamental. Ținând seama și de faptul că pe parcursul procesului instructiv-educativ la unii copii apare necesitatea de a fi transferați dintr-un tip de școală în altul sau a trecerii de la instituția preșcolară la cea școlară, ca urmare a unor modificări în forma deficienței și a evoluției în vârsta cronologică și mentală, se impune adoptarea de criterii unitare care să permită luarea în considerație a principalilor parametri în evaluarea și caracterizarea copiilor.

Fișa este concepută astfel încât să poată fi completată atât de specialiști (psihologi, defectologi, pedagogi,) cât și de orice cadru didactic care are experiență în activitatea cu asemenea copii și posedă unele cunoștințe în domeniul psihopedagogiei. Se înțelege că pentru a răspunde la secvențele din fișă, specialiștii vor aplica probe psihologice adecvate, ce vor fi completate cu datele din observațiile obținute în activitatea instructiv-educativă, iar celelalte cadre didactice, de alte specialități, învățători și educatori vor răspunde la întrebări pe baza urmăririi atente a particularităților psihocomportamentale a copiilor și prin consultarea specialiștilor pentru acele probleme care implică aprecieri de finețe. Pentru completarea datelor medicale se va consulta medicul sau fișa medicală a copilului.

Fișa cuprinde opt capitole principale, iar fiecare capitol are mai multe secvențe. Ideea fundamentală care a stat la baza alcătuirii fișei a fost aceea de a surprinde cât mai complet toate aspectele psihofizice și psihopedagogice ce le sunt specifice categoriilor respective de copii. În principal, accentul cade pe acele trăsături psihologice ce îi definesc tipul comportamental și de personalitate al copilului. Imaginea ce se obține despre subiect în urma completării fișei trebuie să permită evaluări asupra comportamentului său viitor și aprecierea posibilităților de integrare socioprofesională.

Scanned with OKEN Scanner

FIȘĂ PSIHOPEDAGOGICĂ

de cunoaștere și caracterizare a copilului din grădinițele, școlile speciale (ajutătoare, de surzi, hipoacuzici, de nevăzători și ambliopi și din casele de copii (preșcolari și școlari)

I. DATE PERSONALE ȘI FAMILIALE

Numele și prenumele . . . . . .
născut în anul . . . . . luna . . . . . .
ziua . . . . . locul . . . . . .
domiciliul . . . . . str. . . . . .
nr. . . . . județul (sectorul) . . . . . .
Numele tatălui . . . . . .
Numele mamei . . . . . .
Vâsta tatălui . . . . . Vârsta mamei . . . . . Profesia tatălui . . . . . Profesia mamei . . . . . .
Locul de muncă al tatălui . . . . . .
al mamei . . . . . Frați . . . . . .
Surori . . . . . alți membri ai familiei care locuiesc cu copilul . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Condiții de locuit . . . . . .
Relațiile dintre părinți . . . . . .
Relații dintre părinți și copil . . . . . .
Atitudinea părinților față de problemele de educație ale copilului . . . . . .
Condițiile materiale și igienico-sanitare . . . . . .

II DATE CU PRIVIRE LA SĂNĂTATEA ȘI EVOLUȚIA FIZICĂ A COPILULUI

Sarcina . . . . . naștere . . . . . .
greutatea la naștere . . . . . înălțimea . . . . . .
alimentația . . . . . .

Scanned with OKEN Scanner

Merge susținut . . . . . .
Merge independent . . . . . .
Boli ale copilului . . . . . .
Boli de care suferă în prezent . . . . . .
Volumul și varietatea mișcărilor . . . . . .
lateritatea în mișcări . . . . . învățarea
mișcărilor . . . . . sinkinezii . . . . . .
abilități motorii . . . . . jocuri
motorii . . . . . .
Starea sănătății părinților și fraților . . . . . .
Starea auzului . . . . . starea vederii . . . . . .
Examen endocrinologic . . . . . .
pediatric . . . . . neuro-psihiatric

III. EXAMENUL PSIHOLOGIC

A. Activități de tip perceptiv-acțional

1) Detectare de obiecte : — cunoscute . . . . . .
— inedite . . . . . .
2) Perceperea relațiilor dintre însușiri . . . . . .
3) Relația dintre imaginea perceptivă și denumirea ei . . . . . .
4) Relația dintre imaginea perceptivă și acțiune . . . . . .
5) Spirit de observație . . . . . .
6) Tipuri de percepție predominante . . . . . .

B. Activități de tip reprezentativ simbolic

1) Completitudine și volum . . . . . .
2) Claritate și corectitudine . . . . . .
3) Sistematizare și generalizare . . . . . .
4) Raportul reprezentare-acțiune-cuvânt . . . . . .
5) Tipuri de reprezentări :
— după analizatori . . . . . .
— statice . . . . . .
— de transformare . . . . . .
6) Forme de reprezentări :
— matematice . . . . . .
— fenomene naturale . . . . . .
— fenomene sociale . . . . . .
— acțiune . . . . . .
— activitate . . . . . .

C. Limbajul

1) Volumul vocabularului . . . . . .
2) Semantica — înțelegerea limbajului . . . . . .
3) Structura gramaticală :
— alcătuirea propozițiilor . . . . . .
— acorduri gramaticale . . . . . .

Scanned with OKEN Scanner

4) Caracteristici ale vocii . . . . . .
5) Relația limbă — activitate :
— activitate — . . . . . .
— indicativ — verbale . . . . . .
— stimulativ — verbale . . . . . .
— verbalizarea acțiunii . . . . . .
6) Forme de limbaj . . . . . .
7) Diagnostic logopedic . . . . . .

D. Gândirea

1) Volumul cunoștințelor . . . . . .
2) Tipuri de înțelegere :
— concret — intuitivă . . . . . .
— verbal — generalizată . . . . . .
3) Procese cu funcții operatorii de gradul I :
— analiza . . . . . .
— sinteza . . . . . .
— generalizarea . . . . . .
— abstractizarea . . . . . .
— comparația . . . . . .
— sistematizarea . . . . . .
— concretizarea . . . . . .
4) Procese cu funcții operatorii de gradul II :
— reversibilitate . . . . . .
— asociativitate . . . . . .
— combinatorie . . . . . .
— clasificări — scrieri . . . . . .
— grupări, incluziuni în clase . . . . . .
5) Tipuri de noțiuni, judecăți, raționamente . . . . . .
6) Tipuri de gândire . . . . . .
7) Calități speciale . . . . . .

E. Memoria

1) Formele memoriei :
— logică . . . . . .
— mecanică . . . . . .
— intențională . . . . . .
— neintențională . . . . . .
2) Procesele memoriei :
— întipărirea . . . . . .
— păstrarea . . . . . .
— recunoașterea . . . . . .
— reproducerea . . . . . .
3) Memorie imediată — îndepărtată . . . . . .
4) Uitarea . . . . . .
5) Calități speciale . . . . . .

Scanned with OKEN Scanner

F. Imaginația

1) Formele imaginației :
   — reproductivă . . . . . .
   — combinatorică . . . . . .
   — creatoare . . . . . .
2) Procedee de construire a reprezentărilor imaginației :
   — substituire . . . . . .
   — adiționare . . . . . .
   — diminuare . . . . . .
   — aglutinare . . . . . .
   — combinare . . . . . .
   — creare de imagini noi . . . . . .
3) Tipuri de imaginație . . . . . .
4) Calități speciale . . . . . .

G. Atenția

1) Orientarea . . . . . .
2) Concentrarea . . . . . .
3) Selectivitatea . . . . . .
4) Tipuri de atenție . . . . . .
5) Calități speciale . . . . . .

H. Inteligența

1) Abstractă . . . . . .
2) Concretă . . . . . .
3) Q. I. . . . . .

IV. ACTIVITĂȚI PRACTICE

A. Deprinderi și obișnuințe

1) Deprinderi igienico-sanitare . . . . . .
2) Deprinderi practice . . . . . .
3) Deprinderi și obișnuințe comportamentale . . . . . .

B. Înclinații și aptitudini

1) De joc . . . . . .
2) De desen, muzicale . . . . . .
3) Lexico-grafice . . . . . .
4) Matematice . . . . . .
5) Literar-artistice . . . . . .
6) Tehnic-constructive . . . . . .

V. INTEGRAREA SOCIO-AFECTIVĂ

1) Receptivitate și reactivitate . . . . . .
2) Reactivitate emoțională . . . . . .
3) Manifestare afectivă . . . . . .
4) Gradul de integrare în colectiv . . . . . .
5) Poziția și rolul copilului în grup . . . . . .

Scanned with OKEN Scanner

6) Tipuri de relaţii . . . . . .
— de comunicare . . . . . .
— de cooperare . . . . . .
— de dominare . . . . . .
7) Autonomie socială . . . . . .

VI. TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE

1) Trăsături de temperament . . . . . .
2) Trăsături de caracter . . . . . .
3) Aptitudini speciale . . . . . .
4) Motivaţia pentru activitate . . . . . .
5) Interese speciale . . . . . .

VII. APRECIERI GENERALE

1) Evoluţia la învăţătură . . . . . .
2) Atitudinea faţă de nota şcolară . . . . . .
3) Atitudinea faţă de muncă . . . . . .
4) Atitudinea faţă de personalul didactic şi de îngrijire . . . .
5) Participarea la viaţa colectivului . . . . . .
6) Particularităţi comportamentale . . . . . .
7) O. Ş. P. . . . . .

VIII. RECOMANDĂRI ŞI OBSERVAŢII SPECIALE

1) Aprecieri asupra comportamentului viitor . . . . . .
2) Recomandări cu privire la atitudinea celor din jur faţă de subiect
3) Recomandări cu privire la terapia medicală şi psihologică . . .
4) Aprecieri cu privire la integrarea în familie, profesiune şi societate

TEME DE CONTROL

1. Prezentaţi caracteristicile activităţii psihice care denotă dezvoltare, stagnare sau regres la diferite categorii de handicapaţi.
2. Exprimaţi punctul de vedere psihopedagogic cu privire la educaţia şi instrucţia copiilor supradotaţi.
3. Analizaţi etapele cunoaşterii şi caracterizării copiilor handicapaţi cu ajutorul fişei psihopedagogice.

NOTĂ : Pentru subiecţii cu dublă deficienţă sau pentru cei cu deficienţe senzoriale, completarea fişei se va face, pe de o parte, prin luarea în considerare a analizatorilor sănătoşi, iar pe de altă parte, prin specificarea gradului de deteriorare a analizatorilor afectaţi. Spre exemplu, la capitolul percepţie se va analiza tipul specific de modalitate senzorială a nevăzătorului, surdului, ambliopului etc. prin probe care pun în evidenţă particularităţile definitorii ale deficienţilor respectivi. Ca atare, conţinutul celor relatate trebuie să fie raportat la specificul funcţiilor psihice ale handicapatului.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul III

HANDICAPUL DE INTELECT

Dată fiind natura plurifactorială și diversitatea handicapurilor de intelect (mintale), în lucrările de specialitate se utilizează o terminologie variată cu caracter de sinonimie de la un autor la altul. Astfel, termeni, ca : deficiență mintală, înapoiere mintală, întârziere mintală, insuficiență mintală, oligofrenie, encefalopatie infantilă, debilitate mintală, subnormalitate mintală etc., exprimă categoria mare a handicapaților de intelect. În fapt, unii din acești termeni, ca : înapoiere, întârziere, provoacă confuzii, deoarece sugerează o eventuală revenire la starea normală, iar alții, oligofrenie, encefalopatie infantilă, au un pronunțat caracter medical, punând accent pe afecțiunile structurii nervoase. Oricum, nici unul din acești termeni nu semnifică gradele sau profunzimea handicapului, ceea ce ne determină să folosim conceptul generic de handicap de intelect (echivalent cu cel de deficienți de intelect).

1. PROBLEMATICA PSIHOPEDAGOGIEI HANDICAPAȚILOR DE INTELECT

În orice abordare se simte nevoia definirii și caracterizării handicapului dintr-o perspectivă interdisciplinară, care să permită proiectarea unor programe educațional-recuperative ce au în vedere caracteristicile psihofizice, potențialul ce poate fi stimulat și direcția de acțiune, nivelul probabil de atins în demersul integrării sociale și profesionale. Definiția dată de psihologul R. Zazzo satisface în bună măsură această cerință : „debilitatea mintală este prima zonă a insuficienței mintale — insuficiență relativă la exigențele societății, exigențe variabile de la o societate la alta, de la o vârstă la alta — insuficiență ai cărei factori determinanți sunt biologici (normali sau patologici) și cu efect ireversibil în studiul actual al cunoștințelor".

Pentru a contura unele caracteristici definitorii și generale pentru toate categoriile de handicapați, analiza acestora se realizează prin raportarea handicapaților :

Scanned with OKEN Scanner

a) la copiii normali mai mici ca vârstă cronologică și de aceeași vârstă mintală ;

b) la indivizii normali de aceeași vârstă cronologică ;

c) la copiii normali de aceeași vârstă mintală și la indivizii de aceeași vârstă cronologică ;

d) la invizii normali de aceeași vârstă mintală, indiferent de vârsta cronologică ;

e) la alți handicapați din aceeași categorie ;

f) la alți handicapați cu forme diferite decât cea de intelect.

Prin urmare, se pot desprinde trăsături fundamentale pentru circumscrierea domeniului psihopedagogiei handicapaților de intelect și pentru metodologia instruirii, educării și recuperării, utilizând tehnici, modalități de investigare și psihodiagnoză, de cunoaștere și de acțiune. Din acest demers rezultă specificitatea handicapului de intelect. În acest context, literatura de specialitate precizează unele trăsături specifice ale debilității mintale.

Una din acestea este *rigiditatea,* ce a fost concepută de J. S. Kounin ca particularitate definitorie și se bazează pe, constatarea că, spre deosebire de copil, adultul are un număr mai mare de „regiuni psihologice", dar granițele dintre aceste regiuni devin tot mai rigide pe măsura înaintării în vârstă. Aceste regiuni rigide limitează influența funcțională din partea teritoriilor învecinate, determinând o inerție tipică la nivelul întregii activități psihice. Pentru handicapații de intelect, regiunile respective sunt pregnant rigide și nu permit schimbul funcțional normal dintre ele, corespunzător vârstei cronologice, ceea ce l-a determinat pe A. R. Luria să vorbească de inerția patologică. Ulterior, din planul biologic rigiditatea a fost extinsă de unii autori și asupra modului cum funcționează unele procese sau realități psihice, ca : rigiditatea gândirii, a memoriei, a limbajului, a comportamentului etc.

Abordând o altă caracteristică, B. Inhelder subliniază că debilul nu poate atinge stadiul gândirii formale, dată fiind nedeterminarea (psihică — n.n.) construcției sale și, de aici, prezența *vâscozității genetice,* ca trăsătură specifică. Debilul nu poate recupera întârzierea sa în construcție, ceea ce îl face să atingă numai stadiul operațiilor concrete și să rămână centrat o perioadă mai lungă de timp decât normalul la nivelul punctelor fixate anterior. În genere, în plan psihic are loc o dezvoltare lentă sau se produce stagnarea, fără ca individul să poată atinge stadiile superioare. Ca atare, dezvoltarea rămâne neterminată, ducând la dificultăți în achizițiile instrumentale și de adaptare. De aici, persistența elementelor anterioare cu cele care intervin într-un stadiu superior, producând o coexistență falsă între nou și vechi, exprimată prin conceptul amintit.

O caracteristică a specificității este și cea de *heterocronie,* descrisă de R. Zazzo, el constatând că debilul se dezvoltă, din punct de vedere psihologic, diferit de la un sector la altul. Dar heterocronia cea mai evidentă se poate remarca între dezvoltarea fizică și cea mintală, între dezvoltarea somatică și cea cerebrală. Prin urmare, diferitele funcții psihice nu se dezvoltă în mod echilibrat. Acest fapt este relativ valabil și pentru omul normal când se creează un ușor decalaj la nivelul unor funcții ; unii au o memorie vizuală mai bună, în timp ce alții posedă o memorie auditivă, operația de calcul poate fi mai dezvoltată decât capacitatea de

Scanned with OKEN Scanner

formulare verbală și invers ș.a.m.d. Dar în timp ce la normal dezvoltarea unei funcții stimulează și structura evoluției alteia, la debilul mintal avansul unei funcții se poate realiza chiar în detrimentul celorlalte.

Subliniind că vâscozitatea genetică își pune amprenta asupra conduitei debilului mintal în toate situațiile, R. Fau arată că, atunci când solicitările depășesc posibilitățile de răspuns, se manifestă o altă caracteristică numită *fragilitatea construcției personalității*. Operațiile logice fiind la un nivel scăzut, nu facilitează constituirea de raporturi sociale stabile și evolutive, deoarece predomină fragilitatea și infantilismul în comportament. Fragilitatea poate fi, pe de o parte, *disociată* cu manifestări de duritate, inpulsivitate și lipsă de control, iar pe de altă parte, *mascată*, ce apare la debilii care trăiesc într-un mediu securizant, făcând posibilă disimularea trăsăturilor negative.

Ultima trăsătură pe care o analizăm este descrisă de noi și se referă la *fragilitatea* și *labilitatea conduitei verbale*. Pentru a surprinde această caracteristică de specificitate, analiza s-a efectuat în raport de performanțele limbajului și de conținutul comunicării verbale (competența) față de situațiile variate în care ea se desfășoară. Relația respectivă se manifestă prin neputința handicapatului de a exprima logico-gramatical conținutul situațiilor semnificative, de a se menține la nivelul unui progres continuu și de a-și adapta conduita verbală la schimbările ce apar în diverse împrejurări. Retardurile și tulburările de limbaj cu o frecvență mare accentuează conținutul fragilității și labilității conduitei verbale.

Există și trăsături ale debilității mintale mai restrânse care sunt analizate de specialiști, comparând simptomatologia psihică cu evoluția și dezvoltarea funcțiilor psihice ale normalului. Astfel, slabul activism în fața sarcinii și posibilitățile reduse de implicare în activitate au la bază o motivație deficitară concretizată în lipsa unor scopuri și aspirații reale, ce sunt însoțite de superficialitate în emiterea judecăților de valoare. De aici, apariția caracteristicii și infantilism al afectivității — cu o marcantă instabilitate în relațiile afective și cu trecere frecventă de la o stare emotivă la alta. Dar cel mai pregnant, carențele se manifestă în cadrul proceselor cognitive, pe care M. Roșca le analizează în legătură cu posibilitățile de instruire și educare ale elevilor. Din acest punct de vedere, subliniem manifestarea atenuată a unor categorii de senzații sau posibilități elementare de percepere a însușirilor esențiale ale obiectelor și fenomenelor, diferențierea cu dificultate a formei mărimii a spațiului și a timpului. Mai anevoios se observă elementele definitorii ale obiectelor ca urmare a deficiențelor atenției și a cunoștințelor insuficiente, a reprezentărilor sărace, lipsite de detalii, și nefuncționalității combinării imaginilor. În gândire predomină șablonismul, stereotipia, inerția și neputința de a rezolva, pe căi originale, problemele. Asemenea caracteristici sunt amplificate și de înregistrarea mecanică a datelor, de deficiențele pe linia memoriei logice, de neînțelegerea datelor, fapt care nu facilitează sesizarea cauzalității fenomenelor și acumularea de experiențe deosebite. Cu cât formele de handicap sunt mai accentuate, ca în tipurile severe și profunde (imbecilitate și idioție), caracteristicile psihice prezentate mai sus sunt atât de diminuate și atât de puerile, încât aceste

Scanned with OKEN Scanner

funcții apar sporadic în manifestările individului. În unele sindroame ale formelor respective planul psihic este dublat de cel fizic, în care sunt deosebit de pregnante anomaliile anatomo-fiziologice (ce vor fi descrise în paragraful 3).

2. ETIOLOGIE ȘI CLASIFICARE ÎN HANDICAPURILE DE INTELECT

În toate formele de handicap, ca și în cel de intelect stabilite cauzelor se constituie ca un demers dificil ca urmare, pe de o parte, a diversității factorilor nocivi, iar pe de altă parte, a dificultății rezultate din faptul că una sau mai multe cauze pot provoca handicapul respectiv. Astfel, factorii etiologici acționează în diferite perioade ale evoluției individului (prenatală, perinatală, postnatală) și determină forme mai grave sau mai ușoare, forme singulare sau asociate (în care, de obicei, una este predominantă, iar cealaltă, secundară). Dintre cele mai frecvente cauze cităm :

— leziuni și disfuncționalități ale sistemului nervos central care determină forme de handicap denumite, de unii autori, ca fiind exogen, patologic, dizarmonic etc. ;
— factori ereditari, concretizați în aberații cromozomiale ce duc la așa-numitele forme endogene ;
— vârsta prea fragedă sau prea înaintată a părinților și scăderea funcției de procreație ;
— tulburările degenerative și metabolice care influențează dezvoltarea normală a sistemelor cerebrale ;
— bolile infecțioase apărute în ontogeneza timpurie conduc la stagnarea funcțională în circuitele nervoase sau împiedică dezvoltarea craniocerebrală ;
— traumele fizice de la nivelul craniului, cu efecte negative asupra sistemului nervos central ;
— intoxicațiile alcoolice sau cu diferite substanțe chimice ce au efecte negative și asupra evoluției sistemului nervos ;
— factorii stresanți și oboseala exagerată a gravidei ;
— factorii socio-economici, prin neasigurarea alimentației suficiente ;
— privarea afectivă a copilului la vârstele mici, care împiedică achizițiile în plan intelectiv și nu stimulează dezvoltarea psihică ;
— radiațiile, care exercită o acțiune negativă asupra dezvoltării generale a organismului ș.a.

Prin urmare, sunt o multitudine de factori care pot influența evoluția normală a individului. Dar ei depind și de rezistența organismului, de zestrea sa ereditară, de perioada în care acționează și de gradul constituirii structurilor nervoase, de forța și durata acțiunii acestor factori etc. Cunoscându-le acțiunea negativă, mulți factori nocivi pot fi evitați în perioada de gestație a fătului și mai cu seamă în ontogeneza timpurie a autonomiei personale, de elaborare a comportamentelor asemănătoare adultului.

În raport de etiologia descrisă apar grade diferite ale handicapului de intelect, iar clasificarea acestuia se realizează pe baza măsurării coeficientului de inteligență (cu ajutorul testelor), a coeficientului de

Scanned with OKEN Scanner

dezvoltare psihică, a evaluării posibilităților de adaptare și integrare, de formare a autonomiei personale, de elaborare a comportamentelor comunicaționale și relaționare cu cei din jur. Ca atare, clasificarea handicapului de intelect se poate rezuma la :

1. — *intelectul de limită sau liminar*, cu un Q.I. (coeficient de inteligență) estimat între 85—90 și marchează granița dintre normalitate și handicap ;
2. — *debilitatea mintală* (numită și handicap de intelect ușor sau lejer), cuprinsă între 50—85 Q.I., ceea ce corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice între 7—12 ani ;
3. — *handicapul de intelect sever* (cunoscut și sub denumirea de imbecilitate) are un Q.I. cuprins între 20—50 și corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice de la 3 la 7 ani ;
4. — *handicapul de intelect profund* (denumit și idioție) are etatate mintală situată sub 20 Q.I. corespunzătoare vârstei cronologice normale de până la 3 ani. *

După cum se poate observa, în cadrul aceleiași categorii pot exista grade și forme variate care privesc atât gravitatea handicapului, cât și manifestarea sa. *Scara handicapului de intelect* se diversifică pe o arie largă, ceea ce presupune necesitatea unei departajări cât mai exacte și riguroase, prin intermediul diagnosticului diferențial. Pe baza acestuia se vor constitui grupe și clase relativ omogene, se vor integra în unități adecvate posibilităților lor de instruire și educare, de compensare și recuperare. În principiu, se poate afirma că toți handicapații sunt recuperabili. Dar oricât de eficiente ar fi programele educaționale, calitatea și cantitatea rezultatelor obținute depind și de gravitatea handicapului. Astfel, dacă persoanele ce se încadrează în limitele intelectului liminar pot ajunge la o dezvoltare psihică asemănătoare normalilor și se integrează eficient socio-profesional, debilii mintal ajung la formarea deprinderilor de citit-scris, de calcul aritmetic, de operare elementară în plan mental, fără a atinge nivelul gândirii formale ; ei achiziționează unele cunoștințe în comunicare și comportament, se pot integra în activitate și viața socială dar, pe ansamblu, nivelul dezvoltării psihice și de adaptare rămâne limitat. Handicapații sever sunt recuperabili într-o măsură mai mică ; parțial ei își pot însuși mijloacele de comunicare, acumulează unele cunoștințe despre lumea înconjurătoare, își însușesc, cu dificultate operații elementare de adunare, scădere, de numerație își formează deprinderi elementare de autoservire și comportamente condiționat-stereotipe, pot exercita unele activități, au deprinderi elementare, reclamând o asistență socială continuă ; cei cu handicap de intelect profund își pot însuși forme parțiale de autoservire, de comunicare redusă caracteristică vârstelor infantile timpurii, de comportare și dezvoltare psihică minimă, ceea ce presupune o îngrijire permanentă și o protecție complexă din partea adultului.

---

* În literatura de specialitate se pot întâlni și alte clasificări ale handicapatului de intelect și mai ales valori acordate Q. I. diferite, dar noi am adoptat o clasificare ce are o circulație mai mare fiind utilizată de mulți autori și organizații specializate în domeniu.

Scanned with OKEN Scanner

3. SIMPTOMATOLOGIE ȘI STRUCTURĂ ÎN SINDROAMELE HANDICAPULUI DE INTELECT

Sunt cunoscute mai multe sindroame ale handicapului de intelect din care se pot desprinde structuri fizice și psihice caracteristice pentru sindromul respectiv dar și pentru categoria de handicap din care face parte. Astfel, le menționăm pe cele mai reprezentative și care au o frecvență mare :

Sindromul Down, cunoscut și sub denumirea de mongolism, după numele dat de cel ce a descris această formă, Langdon — Down. Majoritatea indivizilor cu acest sindrom se încadrează în categoria de handicap sever sau chiar profund și foarte rar în debilitatea mintală propriu-zisă. Ei sunt ușor de diagnosticat și datorită structurilor morfologice ce sunt evidente încă de la naștere, dar devin tot mai pregnante, o dată cu înaintarea în vârstă. Ca atare, cele mai semnificative aspecte structurale privesc : craniul mic și brahicefalic, protuberanța occipitală neconturată, fantele palpebrale au un aspect oblic și sunt orientate spre exterior, limba este fisurată (numită limbă scrotală) cu un aspect lat și hipotonic sau îngust și ascuțit, buzele îngroșate și fisurate transversal, prezența frecventă a anomaliilor maxilarelor și dinților, absența lobilor la urechi, degetele la mâini sunt scurte și adeseori prezintă sindactilie ș.a. Aceste caracteristici sunt tipice pentru sindromul descris, dacă se găsesc în combinație la același individ ; izolat, ele pot fi întâlnite și în alte forme de handicap și chiar la persoanele normale.

În plan psihic sunt puțin dezvoltați ; gândirea concretă nu permite decât achiziția unor elemente cu caracter de stereotipie, vorbirea este infantilă și cu tulburări de articulație, calculul elementar și citit-scrisul se însușesc greu și la un nivel scăzut, memoria este predominant mecanică și întipărirea de scurtă durată, reproduc cu greu și numai în prezența situațiilor concrete. Este relativ dezvoltat simțul ritmului, ceea ce face să le placă muzica, sunt veseli și afectuoși cu persoanele cunoscute, docili ; manifestă, mai cu seamă, comportamente imitative.

Oligofrenia fenilpiruvică este, de asemenea, o formă gravă a handicapului de intelect, îmbrăcând forme profunde și severe. Nivelul intelectual este extrem de scăzut, dar se pot elabora unele comportamente elementare de autoservire, mai cu seamă de tipul celor bazate pe formarea reflexelor condiționate. Acest sindrom se datorește absenței unei enzime din organism, fapt care duce la acumularea exagerată de fanilalanină ce capătă un caracter toxic. Prin transformarea fenilalaninei în acid fenilpiruvic, acesta pătrunde în urina copiilor, ceea ce face posibilă diagnosticarea timpurie. La precizarea diagnosticului contribuie și prezența unor caracteristici morfologice, cum ar fi aspectul de blond acentuat, ochi pronunțat albaștri și pielea foarte sensibilă.

Idioția amaurotică (denumită și boala Tay-Sachs) are o frecvență mai redusă ; la naștere copilul dă impresia că este normal, ca la 3—6 luni să devină apatic, cu o motricitate ce nu evoluează în mod normal. Astfel, nu poate apuca obiectele, nu poate ține capul ridicat și, ulterior, se instalează paraliziile și convulsiile. Copilul este hipersensibil la lumină și la zgomote ca apoi să i se degradeze progresiv, văzul până la orbire. Caracterul ereditar al acestei anomalii face posibilă apariția ei la diferite vârste dar indivizii respectivi au o durată de viață relativ scurtă. Pe plan psihic,

Scanned with OKEN Scanner

dezvoltarea este extrem de redusă, dar prin exerciții repetate sunt posibile elaborarea de comportamente și activități cu caracter stereotip.

Gargoilismul cuprinde categorii de handicapați de la formele cele mai ușoare până la cele grave. În raport de dezvoltarea psihică diferită, de heterogenitatea grupului respectiv, programele recuperativ-educaționale trebuie să fie adaptate la posibilitățile și caracteristicile fiecăruia.

Din punct de vedere fizic, copilul nu crește normal, având o statură mică, cu gât și membre scurte, ceea ce-i dă o înfățișare de bătrân. Craniul are un aspect deformat prin proeminența exagerată a regiunii occipitale. Faciesul se remarcă printr-o gură mare și buze groase, iar nasul are formă de șa.

Hipertelorismul se referă la persoanele cu o dezvoltare psihică minimă și cu o înfățișare fizică tipică, caraterizată prin plasarea laterală a ochilor cu distanțe mari între ei, determinând un aspect animalic ; craniul este brahicefalic și sunt prezente, adeseori, anomalii ale maxilarului superior.

O amplasare în exterior a ochilor o întâlnim și în *sindromul Turner*, la care se adaugă prezența urechilor late și implantate jos spre gât, fața rotundă, gât scurt și absența semnelor sexuale.

Forme grave ale deteriorării intelectului apar și în *cretinismul endemic*, a cărui apariție se datorește existenței în proporție insuficientă a iodului în sol sau în apă, ceea ce împiedică producerea hormonului tiroidian cu efecte în dezvoltarea psihică ; în *galactosemie, fructozurie, sucrozurie*, datorate lipsei unei enzime sau a netolerării față de unele substanțe ce intră în componența metabolismului ș.a.m.d.

TEME DE CONTROL

1. Caracterizați handicapul de intelect prin descrierea trăsăturilor de specialitate.
2. Enunțați principalii factori etiologici ai handicapului de intelect.
3. Descrieți clasificarea și scara handicapului de intelect.
4. Analizați structural — morfologic și simptomatologic — principalele sindroame ale handicapului de intelect.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul IV

CARACTERISTICILE FUNCȚIILOR ȘI PROCESELOR PSIHICE LA HANDICAPAȚII DE INTELECT

Impresia generală cu privire la activitatea psihică, în ansamblu, este aceea a desfășurării ei în limite inferioare față de normal, a stagnării sau chiar a involuției unor funcții, a deteriorării, dezorganizării pentru altele. Caracteristicile de puerilitate, labilitate și infantilism, la nivelul personalității sunt, în egală măsură, valabile și pentru toate funcțiile și procesele psihice. O bună parte din aceste caracteristici au fost puse în evidență în capitolul anterior cu ocazia analizei trăsăturilor de specificitate ale handicapurilor de intelect. Dar pentru a pătrunde în intimitatea activității psihice este nevoie de surprinderea principalelor particularități ale funcțiilor și proceselor în corelație cu comportamentul handicapaților în rezolvarea unor probleme în diverse situații.

1. SPECIFICUL FUNCȚIILOR ȘI PROCESELOR PSIHICE ÎN DIFERITE FORME DE ACTIVITATE

Fără îndoială, funcțiile și procesele psihice se manifestă în raport de gradul handicapului de intelect și de tipul de activitate în care subiectul este implicat. Există o serie de caracteristici care privesc activitatea psihică de ansamblu, comparativ cu normalul, dar și diferențe specifice în evoluția diferitelor funcții sau procese. Ne referim, în primul rând, la evoluția acestor particularități în cazul debilității mintale pentru că în handicapul sever și mai ales în cel profund ele sunt atât de diminuate încât este greu să se poată vorbi de existența lor în accepțiunea strict psihologică. Astfel, în planul *senzorial-perceptiv* se remarcă dificultăți de *analiză*, ceea ce determină perceperea globală a obiectului sau imaginii acestuia în detrimentul sesizării elementelor componente. Desele confuzii ce apar în aceste situații se datoresc și activismului scăzut al debitului mintal față de activitate. În cazul când constituenții unui obiect sau ai imaginii sunt mai bine delimitați prin subliniere, culoare, poziția centrală

Scanned with OKEN Scanner

ocupată etc., analiza este ușurată, iar percepția devine mai consistentă. Cum la unii handicapați de intelect apar anomalii în sfera vizuală, auditivă, tactil-kinestezică, se accentuează lipsa de specificitate a percepțiilor.

Având în vedere că și *sinteza* este deficitară, reconstituirea preceptivă se realizează incomplet, iar în situațiile mai complexe devine imposibilă. Cunoștințele și experiențele personale reduse îl pun pe subiect în situația de a nu putea face ordonări și ierarhizări care să faciliteze o percepere cât mai adecvată. Cu toate că durata analizei și sintezei este mai mare decât la normal, se remarcă *îngustimea câmpului perceptiv* prin perceperea limitată a numărului de elemente, a locului ocupat de obiecte, a raportului dintre ele, a distanțelor, a poziției lor etc.

Dificultăți și mai mari întâmpină handicapții de intelect la perceperea imaginilor. Pe lângă descrierea nesistematică a acestora sunt invocate, adeseori, elemente străine și nesemnificative ce au fost percepute într-o situație anterioară. Tulburările de limbaj și existența unui vocabular sărac determină explicații aleatorii, fără surprinderea raporturilor cauzale și apariția frecventă a clișeelor verbale. Predomină caracterul descriptiv al celor percepute în detrimentul celui explicativ. Iar acolo unde apare explicația, ea este naivă și încărcată de prea multe enumerări ale celor percepute.

Interesantă este funcționalitatea *percepției distorsionate* (a iluziei) la debilul mintal. După cum se știe, pentru persoanele normale existența percepției distorsionate este un indiciu al desfășurării planului senzorial perceptiv în relație cu factorii înconjurători ce se pot prezenta în situații ce nu se supun nemijlocit experiențelor trăite. La debilii mintali am putut constata, pe bază de experimente, că percepția distorsionată nu funcționează totdeauna ca la normal. Sunt două situații mai importante : ori acest fenomen este absent acolo unde situația determină o iluzie, ori apare o labilitate exagerată în realizarea percepției de la o situație la alta. Ne-am explicat aceste fenomene, pe de o parte, prin structura anatomo-fiziologică a sistemului nervos, iar pe de alta, prin însăși experiența individuală și posibilitățile de analiză, interpretare și stocare a informațiilor perceptive. Unele structuri și conexiuni deficitare sau insuficient consolidate determină modalități de înregistrare a datelor perceptive prin predominarea informației exclusiv sau aproape exclusiv de la obiectul sau partea acestuia care se impune, cel puțin, printr-o singură caracteristică, indiferent de natura acesteia (nu neapărat esențială) : vizuală, kinestezică, auditivă etc. Prin impunerea unei singure caracteristici, obiectul nu se percepe integral, ci parțial, iar în compararea a două obiecte se iau criterii diferite în funcție de ceea ce s-a impus asupra subiectului. Experiența săracă a debilului mintal și posibilitățile reduse de raportare la informația stocată nu-i permit acestuia să interpreteze, în totalitatea însușirilor sale, fenomenul sau obiectul. Actualizarea unor *reprezentări*, ce ar putea veni în sprijinul desfășurării percepției, se face numai parțial ca urmare a *inerției oligofrenice*, ce marchează întreaga activitate psihică.

Gândirea reprezintă cea mai izbitoare caracteristică pentru evaluarea gradului handicapului de intelect și a posibilităților de efectuare a unor activități. Handicapul intelectual se constată în toate operațiile gândirii, fiind deosebit de evident în generalizare și abstractizare sau în înțelegerea și rezolvarea unor probleme cu un caracter mai complex. Dificultățile respective se datoresc, după B. Inhelder, faptului că deși stadiile

Scanned with OKEN Scanner

dezvoltării se succed în aceeași ordine la debilul mintal ca și la copilul normal, evoluția mai lentă și nu poate ajunge în stadiul final al operațiilor formale. Așadar, pentru handicapul de intelect ușor se poate atinge mximul dezvoltării sale la sfârșitul stadiului operațiilor concrete. Handicapaților de nivel inferior le este caracteristic stadiul de început al operațiilor mintale. Din aceasta rezultă că ordonările, ierarhizările, stabilirea asemănărilor și deosebirilor, a raporturilor cauzale și sesizarea esențialului se fac la un nivel inferior sau se introduc criterii care demonstrează puerilismul gândirii. S-a constatat că stabilirea deosebirilor dintre obiecte se face mai ușor decât stabilirea asemănărilor, care presupune operarea cu noțiuni mai generale și scrierea după însușiri cât mai apropiate de notele definitorii ale obiectelor.

Analizând raportul dintre învățare-dezvoltare, Vâgotski operează cu conceptul de „zonă a proximei dezvoltări", prin intermediul căruia încearcă să stabilească perspectivele dezvoltării subiectului în etapa următoare. Pentru debilul mintal se poate evidenția caracterul restrâns al proximei dezvoltări, ceea ce determină o regândire a conținutului învățării, a etapelor adoptate și individualizarea metodelor utilizate.

Caracteristicile de concretism, de rigiditate și inerție ce apar la nivelul gândirii își pun pecetea și asupra evoluției *limbajului*. Mulți autori subliniază apariția întârziată a vorbirii și etapele dificile pe care trebuie să le parcurgă copilul handicapat de intelect până la folosirea comunicării cu ajutorul propozițiilor. Dezvoltarea întârziată a limbajului privește toate aspectele sale — fonetic, lexical, semantic și gramatical — la care se adaugă marea frecvență a tulburărilor de limbaj. Apariția cu întârziere a vorbirii, menținerea caracterului situativ al limbajului, folosirea cuvintelor izolate și slaba înțelegere a vorbirii celor din jur se constituie în parametri ai aprecierii dezvoltării psihice și reflectă, în același timp, nivelul ideației handicapatului. Formele sau tipurile de comunicare pe care le folosește subiectul se corelează nemijlocit cu comportamentele specifice și cu mobilitatea caracteristică personalității. Fenomenele de infantilism sunt efecte și ale imaturității verbale, ce reproduc planurile neevoluate ale intelectului. Datorită dependenței înțelegerii lingvistice a cuvântului de nivelul operațiilor mintale, de dificultățile abstractizării și generalizării nu-i conferă copilului posibilitatea de a se desprinde de semnificația obiectuală a cuvântului pentru a exprima relații cauzale și categoriale ale definirii esenței elementelor vehiculate. Date fiind aceste caracteristici ale gândirii și limbajului, se poate aprecia că handicapații respectivi pierd perioada optimă de dezvoltare a funcțiilor psihice, dar prin includerea subiectului în activități școlare, prin modalități specifice și prin valorificarea raportului învățare-dezvoltare se va recupera parțial această perioadă.

Cu toate dificultățile și diminuările din activitatea psihică, la debilul mintal sunt unele elemente care se păstrează mai bine. Astfel, unele caracteristici ale *memoriei* de scurtă durată, ale stocării mecanice a informațiilor, aspecte ce țin de potențialul activităților practice manuale și interese pentru activitățile concret-intuitive pot deveni pârghii ale acțiunilor de corectare-compensare, de stimulare a psihismului în general. Totuși, eficiența scăzută a memoriei voluntare, lipsa de fidelitate și rigiditatea fixării și reproducerii îngreunează transferul de cunoștințe și evocarea activă a informațiilor.

Scanned with OKEN Scanner

Toate aceste particularități ale activității psihice se corelează cu tulburările din planul *psihomotricității*. În acest sens sunt edificatoare aspectele ce privesc timpul de reacție scăzut, viteza diminuată a mișcărilor, imprecizia acestora dublată de frecvente sinkinezii, imitarea deficitară a mișcărilor cu reflectarea lor în oglindă, ce prelungesc timpul de formare a dexterităților manuale și care au semnificație în deprinderile grafice. La acestea se adaugă insuficiențele manifestate la nivelul activității *voluntare* și *motivaționale*. Predominarea intereselor și scopurilor apropiate, a trebuințelor momentane, capacitatea redusă de concentrare a atenției și neputință de a prevedea momentele mai importante ale acțiunilor îl fac pe debilul mintal să aibă dese insuccese, fapt ce facilitează instalarea negativismului și a descurajării, a lipsei aspirațiilor și a efortului voliațional în fața sarcinii.

În conturarea *personalității* handicapatului de intelect se remarcă structurile *emoțional-afective*, care de cele mai multe ori conturează un tablou specific psihopatologiei marginale (de graniță). Sunt ușor de surprins fenomene de emotivitate crescută, puerilism și infantilism afectiv, sentimente de inferioritate și anxietate accentuate, caracterul exploziv și haotic, controlul limitat al stărilor afective ș.a. Aceste fenomene generează imaturitatea personalității cu predominarea formelor de disarmonie ce determină manifestări comportamentale instabile, cum ar fi : frică nejustificată, antipatie sau simpatie nemotivate, nervozitate, iritabilitate sau inhibiție, pasivitate exacerbată, crize de furie sau reacții agresive fără control, labilitate exagerată în trecerea de la o stare la alta (râs și plâns, veselie și tristețe) etc.

Deși aceste caracteristici își pun pecetea asupra desfășurării activității într-un mediu de viață stimulativ, prin folosirea unei metodologii corectiv-recuperativă adecvate, la copii handicapați de intelect, în funcție de deteriorarea intelectului, se pot elabora motivații gradate pentru activitate și abilități care să faciliteze procesul instructiv-educativ de un anumit nivel. Astfel, copiii cu intelect limitat trec neobservați în școli sau în medii socio-profesionale cu standarde mai puțin pretențioase și fac față exigențelor impuse ; cei cu debilitate mintală ușoară sau lejeră se adaptează relativ bine la formele învățământului special și își pot forma deprinderi instrumentale elementare sau abilități pentru activități cu expectație cultural-intelectivă redusă, iar la handicapații de intelect sever și profund (imbecilii și idioții) accentul se pune pe activități de socializare, de autoservire și de însușire a unor acțiuni legate de extinderea de profesii simple, stereotipe și supravegheate.

2. LIMITE ȘI PERSPECTIVE ÎN RECUPERAREA HANDICAPAȚILOR DE INTELECT

Țelul fundamental al psihopedagogiei speciale este acela de a forma și pregăti subiectul handicapat pentru viață și activitate. Pentru aceasta, corectarea, compensarea, educarea sunt componente ale procesului recuperativ în care sunt incluse metodologii specifice, adaptate la categoria de handicapați, urmărind să faciliteze integrarea și adaptarea. În de-

Scanned with OKEN Scanner

mersul recuperării sunt antrenați toți cei care se ocupă, într-un fel sau altul de handicapați.

Scopul recuperării constă, pe de o parte, în valorificarea la maximum a posibilităților individului handicapat, iar pe de altă parte, funcțiile psihico-fizice nealterate trebuie astfel antrenate încât să poată prelua activitatea funcțiilor afectate în vederea formării unor abilități și comportamente care să-i permită persoanei o integrare optimă în viața profesională și socială. În același timp, prin recuperare se realizează pregătirea psihologică a individului pentru a-și crea o stare afectiv-motivațională corespunzătoare, prin trăirea satisfacției în raport cu activitatea depusă menținând, în felul acesta, un confort psihic prelungit. În vederea realizării acestor deziderate, cât și în adoptarea metodologiei specifice recuperării este necesar să se cunoască particularitățile psiho-individuale ale subiectului, să stabilim diagnoza și prognoza cazului respectiv. Raportată la aceste caracteristici, metodologia utilizată poate fi preponderent psihologică, pedagogică sau medicală. Rezultatele cele mai bune se obțin prin combinarea celor trei forme, adoptând o acțiune unitară concretizată în ceea ce se poate numi terapia complexă a recuperării. Dar accentul pus pe una din cele trei componente trebuie să țină seama de o serie de factori subiectivi și obiectivi, ca : forma și gravitatea handicapului, evoluția și nivelul dezvoltării funcțiilor neafectate, posibilitatea suplinirii unor funcții deteriorate de către formațiunile nervoase sănătoase și mecanismele prin care se produce compensarea, starea psihică și montajul subiectului, vârsta cronologică și mentală, sexul, probabilitatea evoluției ulterioare în formele concrete de activitate pentru care va fi pregătită persoana respectivă.

Principalele forme ale recuperării sunt realizate prin : învățare, psihoterapie și terapie ocupațională.

a) *Recuperarea prin învățare* se realizează cu metode și procedee diferite, adoptate în funcție de forma învățării. Subliniem că activitatea de recuperare prin intermediul învățării va fi mai eficientă dacă va începe sub o formă organizată încă de la vârsta preșcolară și ținând seama de specificul handicapului. Astfel, ea va fi predominant *afectivă* și *motivațională*. Aceste forme de învățare vor fi însoțite, întotdeauna, de alte două forme și anume de *învățarea morală* și *învățarea motrică*.

Fără îndoială, acolo unde este posibil se va apela și la învățarea intelectuală prin intermediul căreia se va urmări acumularea de informații elementare, de însușire a unui aparat conceptual, a operării instrumentale. *Metodele verbale* sunt esențiale în învățarea intelectuală și se dovedesc eficace o dată cu formarea capacității de a decodifica simbolurile lingvistice (orale sau scrise).

Însușirea normelor morale și formarea unor abilități motorii se realizează prin învățarea afectivă, psiho-morală, psiho-motrică și psiho-comportamentală. Toate aceste forme vor însoți procesele ce se derulează în școală și determină formarea de sentimente, convingeri, atitudini, aspirații ca și modele de acțiune, de comportare în viață.

O altă modalitate ce poate fi adoptată este și aceea a *învățării sociale*, prin intermediul căreia subiectul este orientat spre anumite modele comportamentale concrete, stimulându-se capacitatea sa de imitare spontană. În acest context, fenomenul empatic facilitează dobândirea unor moda-

Scanned with OKEN Scanner

lități de relaționare socială, ajungând până la identificarea psihologică cu modelul. Prin progresele realizate și decentrarea eului, empatia devine modalitate sui-generis pentru stabilirea relațiilor interpersonale și formarea climatului afectiv în colectivitate. Pentru a ajunge la aceste scopuri, se formează o atitudine activă din partea subiectului, folosindu-se o serie de întăritori, cum ar fi : recompensa, lauda, îndemnul, stimularea sentimentului datoriei, admonestarea, sancționarea verbală sau prin notă etc. Astfel, învățarea se încarcă de sens psihologic, îndeplinid scopurile propuse, de a forma și dezvolta comportamente adaptive în care coechilibrarea personalității cu mediul înconjurător se realizează optim.

b) *Recuperarea prin psihoterapie* este mai puțin folosită în unitățile pentru handicapați de intelect. S-a constatat totuși că în formele ușoare și medii ale intelectului deteriorat ea contribuie la refacerea psihică și psihosocială. Deși nu înlătură handicapul, acționează pozitiv asupra spiritului și personalității, înlătură anxietatea și negativismul, activează motivația și pulsiunile, devenind un factor energizator al implicării subiectului în procesul recuperativ. În adoptarea metodelor și tehnicilor psihoterapeutice se au în vedere factorii ce țin de structura psihică a handicapatului, de vârstă și de modul de manifestare comportamental.

În principiu, psihoterapia devine credibilă când prin intermediul ei se reușește să se înlăture stările psihice conflictuale, sentimentele de inferioritate, unele însușiri negative ale personalității, în general, și se consolidează trăsăturile pozitive cu motivații superioare pentru activitate. Ca atare, educatoarea sau învățătoarea își pot aduce o contribuție importantă în această direcție.

Din toate formele psihoterapiei, în cazul handicapaților de intelect rezultate mai bune se obțin prin *psihoterapia sugestivă* și *psihoterapia de relaxare*. Ținând seama de capacitatea sugestivă a acestor subiecți, de faptul că sunt ușor influențabili, de dependența lor față de persoanele din jur, sugestia pozitivă acționează pentru înlăturarea sau ameliorarea unor comportamente aberante, pentru formarea de atitudini favorabile învățării și activității, pentru stimularea dorinței de a participa la viața colectivului și a înlăturării etc. În felul acesta se orientează și direcționează activitatea subiectului spre situațiile care favorizează recuperarea, dând o pondere accentuată sugestiei verbale.

Deci psihoterapia de relaxare uzează de sugestie, ea depășește limitele acesteia, având o dublă acțiune atât asupra spiritului, cât și asupra fizicului. De aici organizarea vieții voliționale și direcționarea subiectului spre formarea unor scopuri cât mai conștiente, dar și a exercitării, pe cât posibil, a unui autocontrol asupra unor funcții fiziologice. Dacă avem în vedere că relaxarea fizică a organismului contribuie la ameliorarea stărilor tensionale, de tipul hiperexcitabilității sau stresului, atunci putem înțelege relația dintre fizic și psihic. Din această perspectivă s-a impus metoda Schultz, prin care se creează o stare de relaxare prin depășirea unor faze în care confortul fizic și psihic să devină tot mai pregnant.

Trebuie subliniat că pentru succesul acestor tehnici este nevoie de o anumită înțelegere și de o anumită participare conștient-voluntară, ceea ce le face viabile numai în formele ușoare de handicap de intelect. Dar rezultate mai bune dau activitățile ludice, în care sunt incluse com-

Scanned with OKEN Scanner

ponente de tip psihoterapeutic prin intermediul cărora se pot crea ușor dispoziții pozitive și deconectări față de situațiile traumatizante, tensionale, punându-se accent pe relațiile grupale tonifiante și pe elaborarea unor atitudini care să faciliteze proiecția personalității.

c) *Recuperarea prin terapie ocupațională* reprezintă baza acestui demers și poate fi aplicată cu succes în toate formele de handicap. Printre terapiile ocupaționale semnificative la care educatoarea și învățătoarea își pot aduce o contribuție importantă, enumerăm : *ludoterapia, arterapia, meloterapia, terapia prin dans și ergoterapia.* Se știe că unii handicapați manifestă un interes viu pentru muzică, pictură, dans, joc, confecționarea unor obiecte etc., ceea ce poate constitui nu numai momente de consumare a energiei, dar și de formare a unor abilități motrice, practice ori de elaborare a unor deprinderi profesionale. O importanță cu totul aparte capătă, mai cu seamă la copii mai mari, ergoterapia ; ea contribuie la integrarea subiecților într-o activitate cu caracter social, prin care își pot valorifica la maxim potențialul fizic și psihic restant. Remarcăm că solicitările trebuie adaptate la posibilitățile subiectului pentru a evita descurajarea și scăderea interesului în raport cu activitatea (în cazul când nu poate să-i facă față). Foarte important este să-i formăm buna dispoziție și să perceapă că activitatea desfășurată prezintă importanță nu numai pentru el, dar și pentru societate. Există o strânsă legătură între ergoterapie și ludoterapie, pentru că atât munca, cât și jocul sunt forme de activitate prin care copilul își poate valorifica disponibilitățile sale în raport cu grupul și cu aportul său la desfășurarea acțiunii. Se va pune accent pe stimularea funcțiilor normale și pe posibilitatea de a compensa, de către acestea, lipsa de activitate a celor deficitare. În acest sens, activitatea în care este implicat copilul handicapat trebuie să fie cât mai apropiată de condițiile și formele obișnuite pentru a forma abilități și comportamente necesare integrării profesionale și sociale viitoare.

În același timp, prin ergoterapie, ludoterapie, arterapie etc., se urmărește și înlăturarea unor comportamente aberante, dar și dezvoltarea afectivă, stimularea activității psihomotorii și formarea obișnuințelor de tip adaptativ. Se va stimula dezvoltarea sentimentelor de cooperare și întrajutorare, formarea spiritului de stăpânire de sine și de autocontrol, de antrenare în activități care să-i aducă copilului satisfacție și să-l ajute să înțeleagă succesul.

Efectele optime ale recuperării se apreciază în condițiile formării unor calități fizice și psihice, care permit subiecților să ajungă la :

— un anumit nivel de autonomie personală ; — exercitarea unei ocupații sau profesii ; — formarea unor comportamente adecvate la situație ; — capacitatea de a comunica prin limbaj oral și scris ; — conturarea unor interese cât mai diverse ; — formarea simțului de responsabilitate și de autocontrol ; — însușirea de abilități motorii și a dexterităților manuale etc.

În concluzie, *recuperarea poate fi naturală, când acționează prin subsistemul psihic, aflat în stare critică și de compensație sau de supleanță, când funcțiile afectate sunt preluate de alte compartimente ale sistemului psihic.* Din această perspectivă, demersul recuperatoriu cuprinde activi-

Scanned with OKEN Scanner

tăţi organizate de la simplu la complex, în care se va adopta următoarea desfăşurare :

activităţi ludice ⇄ activităţi de învăţare ⇄ activităţi de profesionalizare ⇄ activităţi integrative socio-profesionale ← adaptare ← recuperare.

TEME DE CONTROL

1. Enunţaţi însuşirile specifice ale funcţiilor şi proceselor psihice la handicapaţii de intelect.
2. Analizaţi caracteristicile psihice prin prisma activităţii.
3. Descrieţi formele procesului recuperativ şi rolul educatorului în formarea comportamentelor socio-profesionale.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul V

ORGANIZAREA PROCESULUI INSTRUCTIV-EDUCATIV PENTRU HANDICAPAȚII DE INTELECT

Preocupările legate de organizarea unui sistem instructiv-educativ pentru handicapații de intelect s-au intensificat în secolul al XIX-lea, când Esquirol a delimitat starea de handicap mintal de maladiile mintale, arătând că ea este „o stare de deficit global, o condiție patologică în care facultățile intelectuale nu se dezvoltă". Dar, progrese mai importante au fost făcute mai târziu, prin contribuția lui A. Binet (1905) care, de pe pozițiile psihopedagogiei, definește și clasifică handicapurile de intelect după criteriul nivelului intelectual. Ulterior, se iau în considerație și alte criterii, cum ar fi cel al adaptării sociale, comportamental și al structurii însușirilor de personalitate.

Organizarea activității instructiv-educative a cunoscut diverse forme, de la cele ale unor inițiative particulare, ale unor asociații filantropice și bisericești până la cele de stat. Astfel, se consideră a fi o cotitură, în această ordine de idei, înființarea de clase speciale pentru handicapații mintal lejeri în Franța, în anul 1909. În schimb, în jurul anilor 1950, se extind substanțial școlile speciale pentru copiii handicapați moderat și sever, apărând, totodată, și forme de organizare pentru persoanele cu deficit profund. În țara noastră, situația a fost întrucâtva diferită. La începutul secolului al XX-lea au apărut pentru copiii cu handicap sever așa-numitele „institute medico-pedagogice", iar după anul 1950, au fost înființate școlile ajutătoare pentru copiii cu handicap lejer.

1. ASPECTE PSIHOPEDAGOGICE ALE ORGANIZĂRII UNITĂȚILOR SPECIALE

În concepția specialiștilor se vehiculează tot mai intens noțiunile de *integrare, socializare și normalizare*. Dacă primele două concepte primesc acordul tuturor celor care se ocupă de handicapații de intelect, cel de normalizare, apărut mai recent, provoacă dispute de principiu și de aplicare în practică.

Integrarea și socializarea presupun formarea unor abilități comportamentale și social-profesionale în așa fel încât orice persoană handicapată mintal să poată desfășura o activitate și să ducă o viață alături de persoanele normale sau cât mai aproape de acestea. Desigur, atât integrarea, cât și localizarea se realizează în funcție de obiectivele activității educațional-recuperative și de gradul handicapatului respectiv. În funcție de aceste criterii se adoptă programe speciale și se organizează acțiuni cu caracter formativ, în vederea pregătirii și dezvoltării acelor însușiri care să facă posibilă o adaptare la condițiile vieții social-profesionale. Astfel, în unitățile pentru handicapați sever și profund (căminele școală și căminele spital) obiectivele fundamentale ale procesului educațional recuperativ sunt axate pe dezvoltarea unor capacități practice de autoservire, de relaționare cu cei din jur, de abilitare motrică, de dezvoltare a unor însușiri senzoriale, de însușire a unor deprinderi manuale și profesionale, de formare a unor comportamente de comunicare, afective, motivaționale, voliționale etc. În schimb, pentru cei cu handicap lejer sau ușor școlile speciale (ajutătoare) se bazează pe obiectivele instrucției și educației, în egală măsură, ele sunt structurate, atât pe ideea formativă, cât și pe cea informativă. Ca atare, obiectivele învățământului special trebuie să fie, în principiu, asemănătoare cu cele ale învățământului de masă, dar adaptate la specificul particularităților psiho-individuale ale copiilor cu care se lucrează. Din această perspectivă, obiectivele învățământului special se realizează pe trei niveluri:

a) — *obiective generale,* ce cuprind scopuri sau finalități de scurtă durată și mai ales de lungă durată — au în vedere cunoașterea capacităților de învățare ale elevilor handicapați și urmărirea modului în care aceștia se integrează în societate după terminarea școlii.

b) — *obiective intermediare,* care sunt centrate pe taxonomia comportamentelor ce vor fi dezvoltate și consolidarea abilităților cu caracter integrativ.

c) — *obiective operaționale,* care presupun elaborarea de comportamente concret-acționale ce pot fi evaluate prin nivelul atins ca urmare a obiectivului respectiv, prin performanțele și formele de adaptare comportamentală în condiții determinate. Evaluarea trebuie să cuprindă criterii de cunoaștere a obiectelor și a utilității lor, autonomia în deplasare și acțiune, capacitatea de discriminare senzorial-perceptivă, nivelul comunicării și relaționării, dobândirea de abilități profesionale, dezvoltarea comportamentelor cognitive, comunicaționale, afective, psiho-motrice, ludice, de socializare ș.a.

Rezultă, așadar, că există forme de integrare și socializare diferite atât în ceea ce privește manifestarea handicapaților, cât și în raport de eficiența acestora în exercitarea adaptării la viața cotidiană.

Normalizarea este conceptul care nu numai că a provocat controverse acute, dar ridică și o serie de probleme cu privire la existența învățământului special și a finalizării obiectivelor de normalizare în învățământul de masă. În acest context se pot remarca două orientări principale : prima este susținută de acei specialiști care pun accent pe integrare și socializare, susținând, totodată, necesitatea învățământului special, iar cea de-a doua orientare este argumentată de cei ce pun sub semnul întrebării integrarea „normală" prin intermediul școlii speciale, militând fie pentru clase speciale integrate într-o școală tradițională,

Scanned with OKEN Scanner

fie pentru clase integrate ce cuprind colective mixte de elevi normali și handicapați, fie clase normale care să cuprindă doi-trei handicapați.

Specialiștii care susțin necesitatea învățământului special separat aduc următoarele argumente :

— prin învățământul separat se realizează o mai bună omogenizare a grupelor de elevi, ceea ce face posibilă aplicarea unor metodologii instructiv-educative adaptate la condițiile lor ;

— prin intermediul programelor aplicate în școlile speciale se are în vedere, în exclusivitate, nivelul și interesele elevilor, capacitățile lor de asimilare și potențialul de care dispun ;

— prin toate programele instructiv-educative în școala specială se formează și se dezvoltă însușiri psiho-fizice care sunt fundamentale pentru integrarea socio-profesională ulterioară a handicapaților ;

— încă din grădinițe și apoi în școli programele recuperative prevăd diferite forme de integrare a copiilor în lumea normalilor (prin jocuri realizate împreună cu copii normali, prin vizite și plimbări, petrecerea timpului liber în timpul vacanțelor cu normalii, spectacole și serbări realizate împreună cu copii normali etc.) ;

— prin efectivul restrâns de copii, în școlile speciale se organizează activități care răspund mai eficient obiectivelor educaționale ;

— învățământul separat dispune de cadre specializate, abilitate și cu experiență pentru dezvoltarea maximală a capacităților copiilor handicapați.

Adepții normalizării și integrării de timpuriu a copiilor handicapați în școlile de masă consideră că :

— este imposibilă o omogenizare a claselor de handicapați, dat fiind diferențele marcante dintre aceștia ;

— în școlile speciale se aplică programe simplificate din învățământul obișnuit ;

— prin învățământul special copilul handicapat este izolat de viața obișnuită și prin activitățile școlare cu normalii apar performanțe mai bune, ca urmare a contactului cu mediile superioare ;

— școlarizarea în colective mixte determină o mai bună acceptare a copiilor handicapați de către cei normali ;

— cadrele din învățământul special devin dezinteresate pentru specialitatea lor ; unele dintre acestea lucrând de nevoie aici.

În țara noastră, învățământul special (ajutător) pentru handicapații de intelect se bucură de o tradiție și de o experiență relativ bogată și ca urmare sunt obținute rezultate edificatoare pentru nivelul de formare și de pregătire a acestora.

Programele instructiv educative ce se aplică în aceste școli sunt elaborate de specialiștii noștri, pornind de la cercetări riguroase sau de la o practică îndelungată cu astfel de elevi și poartă amprenta activităților specializate, a diferențelor specifice dintre copiii handicapați și cei normali. Rezultatele pozitive ale integrării și socializării copiilor școlarizați în învățământul special sunt înregistrate de unitățile respective prin urmărirea acestora după absolvirea școlii. La noi însă nu s-a creat o atitudine largă și condiții materiale care să ducă la aplicarea imediată a ideii de normalizare. O asemenea normalizare se poate realiza în timp, odată cu crearea acestor condiții.

Scanned with OKEN Scanner

2. ACTIVITATEA CORECTIV RECUPERATIVĂ ȘI DE INTEGRARE SOCIO-PROFESIONALĂ A HANDICAPAȚILOR DE INTELECT

Așa cum a rezultat din cele de mai sus, scopul integrării și socializării handicapaților de intelect constă în însușirea unor instrumente de munca intelectuală, de pregătire pentru munca productivă și social-utilă, în așa fel încât fiecare persoană handicapată să-și poată aduce aportul la realizarea produselor societății respective și să aibă abilități comportamentale pentru viața activă. În acest context, pregătirea copiilor handicapați de intelect cu forme ușoare se realizează prin sisteme asemănătoare cu cele ale normalilor, începând de la grădinițe, școli ajutătoare și terminând cu școlile profesionale, în care ei dobândesc, pe lângă cunoștințe, și comportamente legate de socializare și profesionalizare. *În felul acesta învățământul copiilor și tinerilor debili mintal face parte integrantă din sistemul instructiv-educativ general.* În vederea realizării obiectivelor învățământului și pregătirii pentru activitatea socio-profesională, întregul sistem instructiv-educativ din țara noastră este orientat ergoterapeutic și corectiv-compensator fără să se excludă, în continuare, perfecționarea metodologiei instructiv-educative și de perfecționare a abilităților practice. Sistemul recuperativ educațional vizează, în egală măsură, instruirea, adică însușirea de informații și formarea de deprinderi operaționale, ca și dezvoltarea însușirilor de personalitate și formarea unor comportamente adaptative.

Pentru a îndeplini astfel de scopuri, încă din grădiniță, activitățile se vor baza pe primele experiențe ale copiilor ca, ulterior, în școala ajutătoare, să se transmită și să se urmărească absorbția de noi cunoștințe cu un grad de dificultate mai avansat, dar care să nu depășească posibilitățile comprehensive ale copilului. În școala profesională, se vor continua activitățile ce au ca scop dezvoltarea de ansamblu a însușirilor psiho-fizice ale tânărului handicapat, pentru a înlesni maturizarea personalității și învățarea unei meserii. Aici este momentul ca educația terapeutică să „accepte", pe de o parte handicapurile, limitele, tendințele patologice ale tânărului handicapat, iar pe de altă parte să-l ajute pe acesta în vederea dezvoltării compensatorii a unor însușiri pozitive care să faciliteze o integrare deplină.

Deși există în societatea contemporană, inclusiv în țara noastră, o tendință de diversificare a pregătirii handicapaților de intelect în domenii cât mai variate, totuși exercitarea unor meserii rămâne tradițională. Din această perspectivă se apreciază randamentul și eficiența activităților desfășurate de către handicapați și cerințele pentru forța de muncă. Având în vedere acestea, la noi, ca și în multe țări, handicapații de intelect sunt pregătiți pentru meserii, ca : zugravi, croitori, vopsitori, țesători covoare, cismari, crescători de animale mici, viticultori, agricultori, grădinari, artizani, tâmplari, ceramiști, tapițeri, tricotori ș a.

Prin conceperea utilității activităților desfășurate și prin satisfacția obișnuită în urma asigurării condițiilor de existență, chiar și parțiale, handicapatul se plasează într-o stare de echilibru în care adaptarea la condițiile mediului devine tot mai bună. Desigur, personalitatea handicapaților de intelect presupune, ca și metodologia instructiv-educațională, forme de organizare recuperative specifice în care să fie înglobate principii și strategii integrative, adaptate la caracteristicile subiecților care

Scanned with OKEN Scanner

sunt implicați în activitățile respective. Astfel de principii și strategii trebuie să țină seama de potențialul psiho-fizic al handicapatului, dar să cuprindă, în același timp, o abordare multidisciplinară cu implicații în : psihologie, pedagogie, sociologie, medicină și profesionalizare. Se poate considera un succes al demersurilor făcute atunci când subiectul handicapat realizează că :

— părinții sau persoanele ce-i înconjoară efectuează o muncă folositoare societății ;

— prin muncă pot fi ajutați semenii lor ;

— orice societate implică exercitarea de servicii și profesii ;

— pentru a exercita o meserie sunt necesare cunoștințe și deprinderi ;

— există o anumită capacitate de analiză a ocupațiilor și de cunoaștere a modalităților de însușire a unei meserii ;

— exercitarea unei meserii presupune un anumit sistem de comunicare și de relaționare cu cei din jur ;

— în exercitarea unei meserii se depun eforturi, iar rezultatele obținute depind de acestea și de nivelul de pregătire ;

— comportamentele profesionale și sociale creează avantajele adaptării și aprecierii colectivului etc.

Dacă până acum a rezultat că integrarea social profesională a handicapaților este dependentă de programele recuperative și de profunzimea handicapatului, trebuie să remarcăm, că, așa cum afirma R. Zazzo, civilizația unei societăți poate fi apreciată și după atitudinea ce o manifestă față de o asemenea categorie de oameni. Mai mult, integrarea social profesională a handicapaților este dependentă și de condițiile atitudinale și materiale ce sunt create acestora de către societate.

TEME DE CONTROL

1. Analizați unele din criteriile după care se realizează integrarea handicapaților de intelect în unitățile speciale.
2. Comparați, din punct de vedere teoretic și practic, conceptele de integrare, socializare și normalizare.
3. Subliniați principalele caracteristici ce trebuie să fie conținute în programele educațional-recuperative și profesiile în care se pot pregăti handicapații de intelect.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul VI

HANDICAPUL DE AUZ

Handicapul de auz face parte dintr-o categorie mai largă, și anume a celor cu afecțiuni senzoriale. Surdologia s-a constituit din necesitatea studierii acestei forme de handicap și a elaborării unor măsuri psihopedagogice și medicale, menite să contribuie la recuperarea și inserția socio-profesională a persoanelor cu deficit de auz. Din punctul de vedere al analizei noastre ne interesează, așa cum am sublinit în primul capitol, domeniile surdopsihologiei și surdopedagogiei, pentru a putea evidenția specificul activității psihice, evoluția și dezvoltarea acesteia în condiții libere și de activitate, precum și metodologia procesului instructiv-educativ și a eficienței programelor recuperative. În acest demers este necesar să se ia în considerație rolul deosebit al analizatorului auditiv în dezvoltarea și evoluția psihică a individului, ca urmare a facilitării comunicării verbale și a acumulării cunoștințelor. Prin instalarea unui deficit de auz se produc modificări în activitatea individului și se perturbă relațiile cu lumea înconjurătoare.

Când handicapul de auz este congenital sau când acesta apare la vârstele timpurii intervin dificultăți majore în însușirea limbajului (mutenia), iar când degradarea auzului se produce după achiziția structurilor verbale are loc un proces de involuție la nivelul întregii activități psihice, dacă nu se aplică programe educaționale speciale.

1. PROBLEMELE SURDOPSIHOLOGIEI ȘI SURDOPEDAGOGIEI

Preocupările față de handicapații senzorial, în genere, datează din cele mai vechi timpuri. Astfel, Aristotel, în lucrarea „Despre simțurile celor care simt", afirmă că „cine s-a născut surd acela devine apoi mut". Ulterior, în Codicele lui Justinian apar referiri la diferite categorii de handicapați, printre care și la surzi, unde se exprimă atitudinea societății față de ei și se stipulează drepturile pe care le aveau. Spre exemplu, în Cartea V-a se spune că „Orbul, surdul, mutul, furiosul și cel care este

Scanned with OKEN Scanner

atins de o maladie incurabilă sunt excluși de la tutelă și de la epitropie". Mai târziu în secolul al XVI-lea, în scrierile medicului, filosofului și matematicianului italian Girolamo Cardano, apar mențiuni legate de instrucția și educația surdomuților axate, în mod special, pe încercări de demutizare și comunicare verbală. În aceeași ordine de idei, literatura de specialitate îl citează pe spaniolul Pedro Ponce de Leon ca fiind primul ce a folosit limbajul oral (vorbirea articulată) ca formă a demutizării, iar Juan Pablo Bonet, cam în aceeași perioadă (1579—1633), a folosit, în principal, alfabetul dactil pentru formarea comunicării verbale, dar și limbajul scris, oral și mimico-gesticular. Cu toată influența preocupărilor spaniole, în Anglia, John Wallis sublinia rolul limbajului scris în dezvoltarea psihică a surdomutului și excluderea limbajului dactil din demutizare, iar labiolecturii îi acorda un rol nesemnificativ. Dimpotrivă, în Olanda, Francisc Van Helmont pune un accent deosebit pe citirea de pe buze (labiolectura) și întrevede necesitatea folosirii oglinzilor pentru demutizare. În aceeași țară, Johann Konrad Amman neagă utilitatea folosirii dactilemelor, insistând pe vorbirea orală, el fiind considerat fondatorul școlii orale (oraliste).

Abatele Deschamps, în Franța, susține metoda oralistică și elaborează un alfabet special pentru orbii surdomuți. Dar reprezentantul cel mai de seamă pentru școala franceză rămâne Charles Michel de l'Epée (1712—1789). El întemeiază o școală pentru surdomuți și aplică o nouă metodă, cunoscută sub denumirea de „metoda mimicii" (franceză), care fundamentează comunicarea prin mimico-gesticulație.

Samuel Heinicke, cunoscut prin îmbogățirea metodei orale și excluderea mijloacelor auxiliare (în primul rând a mimico-gesticulației), se angajează într-o interesantă polemică cu de l'Epée, din care va ieși triumfător.

În Polonia, Jacob Falkowschi întemeiază un institut pentru surdomuți și orbi, unde folosește metoda gesturilor, ca apoi să renunțe la aceasta și să adopte, în exclusivitate, metoda orală. Bazat pe folosirea metodei orale și germanul Friedrich Moritz Hill a încercat să organizeze învățământul surdomuților cât mai aproape de cel al copiilor normali.

O contribuție interesantă în secolele XIX și XX, au adus-o și specialiștii ruși, prin V.I. Flery, G.A. Gurțev, A.F. Ostrogradschi, A.I. Diacikov, L.V. Zankov care au încercat o fundamentare psihopedagogică a învățământului pentru handicapații de auz. Ca și pentru alte categorii de handicapați, primele forme organizate ale activității instructiv-educative pentru cei cu auzul deteriorat, în întreaga lume, au îmbrăcat aspecte ale asistenței filantropice și disponibilități acordate de biserici. Frecvent se apela la principiul învățării comunicării verbale pe bază de imitație, asemănător cu însușirea vorbirii în perioadele ontogenezei timpurii de către copii normali sau la folosirea intensivă a conversației, după modelul deprinderilor de a comunica într-o limbă străină ; ambele cunoscute sub numele de „metodă naturală".

Rezultă că, sub aspect metodologic, pentru învățarea limbii, au fost utilizate trei metode principale :

a) metode care folosesc, preponderent, limbajul oral (metode orale) ;

b) metode care folosesc, preponderent, limbajul scris (metode scrise) ;

c) metode care adoptă o combinație între cele orale și scrise (metode mixte), făcând apel, deseori, la mijloace auxiliare de demutizare (dactileme, labiolectură și mimico-gesticulație).

Scanned with OKEN Scanner

În surdopsihopedagogie sunt cunoscute, după locul unde s-au dezvoltat și ponderea acordată, mai multe metode, cum sunt cea *italiană, franceză, germană, austriacă, belgiană etc.* S-a remarcat și o metodă *românească* pentru demutizare, izvorâtă din activitatea practică și care îmbina principiul însușirii globale cu cel analitico-sintetic fără a neglija sau exagera apelul la mijloacele auxiliare. Preocupările pentru existența handicapaților de auz din țara noastră au mai bine de un secol de existență. Astfel, în anul 1863 ia ființă o formă de școală pe lângă locuința Dr. Carol Davila care devine, ulterior, o secție a Azilului „Elena Doamna" și apoi a Institutului pentru surdomuți de la Focșani (1865). Dar chiar înainte de aceasta, se citează existența unui institut particular la Dumbrăveni (1828). După acestea, apar noi forme de organizare a învățământului în multe din orașele mari ale țării. Legea învățământului din 1924 stipulează că la școlile sau clasele speciale pentru handicapați, inclusiv de auz, vor funcționa învățători asistenți numiți dintre absolvenții școlilor normale și învățători titulari care obțin posturile pe bază de concurs după un stagiu de doi ani de funcționare într-o școală specială.

În prezent, în țara noastră funcționează grădinițe, școli generale, profesionale și tehnice pentru hipoacuzici și pentru surzi. Dintre dascălii care au reușit să impună metoda românească și să elaboreze programe educaționale interesante, încă de la începutul secolului nostru, cităm pe D. Rusticeanu, I. Ciorănescu, C.P. Timofte ș.a.

2. CAUZELE ȘI CLASIFICAREA HANDICAPAȚILOR DE AUZ

Handicapatul de auz se manifestă în anumite forme sau grade ce cuprind deteriorări parțiale sau totale. Astfel, degradarea auzului între 0—30 decibeli determină o hipoacuzie ușoară, între 30—60 decibeli, o hipoacuzie medie sau moderată, între 60—90 decibeli, o hipoacuzie severă sau profundă și la peste 90 decibeli se instalează surditatea sau cofoza.

Surditățile pot fi ereditare sau dobândite. Cele ereditare pot lua formele : a) forma Siebenmann, în care se produc lezarea capsulei osoase și leziuni ale celulelor senzoriale ori ganglionare de la nivelul fibrelor nervoase ; b) forma Sheibe, ca urmare a atrofiei nicovalei, prin lezarea senzorială a canalului cohlear, a saculei, a organului Corti și a vascularizării striate ; c) forma Mondini, determinată de leziunea nucleului, dilatarea vestibulului și a canalului cohlear, atrofia nervului cohlear, a ganglionilor și a organului Corti, iar surditățile dobândite pot fi : a) prenatale, la baza cărora stau maladiile infecțioase ale gravidei, tulburările metabolice, endocrine, diabetul, hemoragiile etc. ; b) neonatale, produse prin leziuni anatomo-patologice în timpul nașterii, hemoragii meningiene, incompatibilitatea între grupe sangvine ce duc, de asemenea, la lezarea cohleară ; c) postnatale, care pot avea o natură infecțioasă toxică sau traumatică. În general, toate deficiențele de auz pot fi provocate de o etiologie variată dintre care cităm diferite boli ca : meningitele, encefalitele, sifilisul, poliomelitele, difteria, pojarul, tuberculoza, traumatismele, otitele, abuzurile de antibiotice, alcoolismul, cosanguinitatea ereditară, malformațiile urechii medii și externe ș.a. Ținând seama de etiologia anatomo-fiziologică, surditățile se mai pot clasifica în : surditate de trans-

Scanned with OKEN Scanner

misie sau de conducere (sunetul este împiedicat să ajungă la urechea internă), de percepție (pierderea funcției de recepție la nivelul urechi interne) și centrală (afecțiuni ale nervului auditiv sau cerebral). O altă clasificare a surdităților a dus la împărțirea acestora în ereditare și contractate. Etiologia surdității ereditare se referă la unele anomalii cromozomiale, iar cele contractate sunt determinate de o serie de factori enumerați mai sus, și pot apărea al diferite vârste.

Depistarea și diagnosticarea handicapului de auz cât mai timpuriu facilitează luarea unor măsuri medicale și psihopedagogice pentru a asigura o dezvoltare apropiată de normal și de a organiza activitatea de formare a comunicării, a exersării cogniției. Disfuncția auditivă poate fi depistată încă din primul an de la naștere, printr-o serie de mijloace empirice, dar și științifice. Pentru copiii mici se iau în considerație reacțiile de răspuns la diferite sunete ce se manifestă prin tresărire, mișcări ale ochilor sau ale unor segmente ale corpului în direcția sursei de zgomot, înțelegere și răspuns la vorbire, indicarea unor obiecte numite de către adult etc. În jurul vârstei de 3 ani se poate aplica și audiometria și se pot utiliza unele teste de auz, cum sunt testul lui Weber, testul lui Rinne și testul lui Schwabach. Aceste teste sunt menite să diferențieze surdițăile de percepție de cele de transmisie și ajută, totodată, la depistarea unor forme de cofoză mixtă.

Testul lui Weber se bazează pe faptul că persoanele normale percep tonul diapazon ce este aplicat pe frunte. Când diapazonul este aplicat pe linia mediană a frunții unui handicapat care suferă de o surditate unilaterală a urechii medii, sunetul diapazonului va fi perceput în urechea bolnavă, iar în condițiile când surditatea este provocată de afectarea labirintului sau a nervului auditiv unilateral, sunetul este auzit în urechea normală.

Cu ajutorul testului Rinne se poate realiza verificarea separată a fiecărei urechi o dată cu blocarea urechii opuse. Pentru aceasta, diapazonul în vibrație se aplică pe apofiza mastoidă și în cazul când sunetul nu este perceput, diapazonul se apropie de meantul auditiv. Când surditatea este localizată la urechea medie, subiectul nu aude sunetul dacă este îndepărtat de os, iar dacă auzul este normal, sunetul poate fi auzit, un timp și după încetarea percepției osoase.

Testul lui Schwabach contribuie atât la verificarea conductibilității osoase, cât și la cea aeriană. Procedeul constă în raportarea unor calități ale auzului subiectului testat la cele ale examinatorului. Astfel, când subiectul nu mai aude sunetul prin conductibilitatea osoasă, diapazonul se aplică pe apofiza mastoidă a examinatorului, iar când nu aude sunetul prin conductibilitate aeriană, diapazonul este plasat în apropierea urechii examinatorului. Pentru ambele forme ale testării se marchează timpul în care examinatorul continuă să audă sunetul după ce subiectul nu-l mai aude, timp, ce se constituie ca parametru al pierderii auzului.

Toate cele trei teste pun în evidență faptul că afectarea urechii medii duce numai la disfuncționalitatea aeriană, iar surditatea determinată de leziuni ale urechii interne sau ale căilor auditive determină afecțiuni atât în transmiterea sunetului prin intermediul oaselor craniului, cât și prin aer.

Comportamentele și activitatea psihică a handicapatului de auz se manifestă și în funcție de gradul pierderii auzului, dar fără a neglija alte caracteristici, cum sunt cele legate de vârsta la care intervine afecți-

Scanned with OKEN Scanner

tinea, potențialul psihic, condițiile mediului socio-cultural în care trăiește etc. Aceste aspecte au la bază, în primul rând, modul în care subiectul se poate relaționa prin comunicare cu cei din jur. Dacă în hipoacuzia ușoară și în cea medie realizarea contactului cu cei din jur se face printr-o sporire a audiției și o apropiere relativă față de sursa de emisie, în hipoacuzia severă încep să apară dificultăți ce pot fi relativ estompate prin utilizarea protezelor, iar în cofoză se impune o demutizare precoce.

3. CARACTERISTICILE FUNCȚIILOR ȘI PROCESELOR PSIHICE LA HANDICAPAȚII DE AUZ

În cadrul surdopsihologiei și surdopedagogiei sunt elaborate programe speciale de stimulare a funcțiilor și proceselor psihice și de formare a comunicării verbale pentru hipoacuzici și surzi, care să asigure o adaptare socială cât mai apropiată de cea a normalului. În această ordine de idei, metodologia aplicată se bazează pe cunoașterea caracteristicilor activității psihice ale handicapaților de auz și pe nivelul afecțiunii respective. Unele forme ale handicapatului de auz pot determina o întârziere intelectuală, ca o consecință a destructurării raportului dintre gândire și limbaj. Astfel, C. Pufan afirmă că gândirea surzilor se manifestă în anumite limite ca urmare a faptului că aceștia operează cu imagini generalizate, iar analiza, sinteza, comparația, abstractizarea și generalizarea, realizate preponderent prin vizualizare, duc la o serie de caracteristici specifice legate de concretism, rigiditate, șablonism, îngustime și inerție. Raportând gândirea handicapatului de auz la cea a auzitorului se pot releva caracterul concret neevoluat al acestuia și progrese semnificative, obținute o dată cu formarea gândirii noțional-verbale, prin demutizare. Prin demutizare, handicapatul de auz parcurge drumul de la limbajul mimico-gesticular la cel verbal și de la gândirea în imagini la cea noțional-verbală. Limba capătă noi valori prin trecerea de la folosirea semnelor la folosirea cuvintelor, care generalizează și contribuie la achiziția de informații. În felul acesta, informațiile senzoriale se completează cu cele intelectuale, în care se vehiculează proprietățile de cauzalitate și esențializare ale obiectului. Pentru a ajunge într-un asemenea stadiu, gândirea handicapatului de auz trece prin faze diferite :

— gândirea vehiculează situații concrete, cu obiecte și imagini ;

— gândirea începe să se folosească de noțiuni verbale concrete ;

— gândirea atinge stadiul de folosire a noțiunilor și sistemelor de relații abstracte, care permit elaborări de idei.

Parcurgând anumite momente, gândirea și limbajul contribuie la structurarea personalității și a activității psihice, în genere, în următoarele etape :

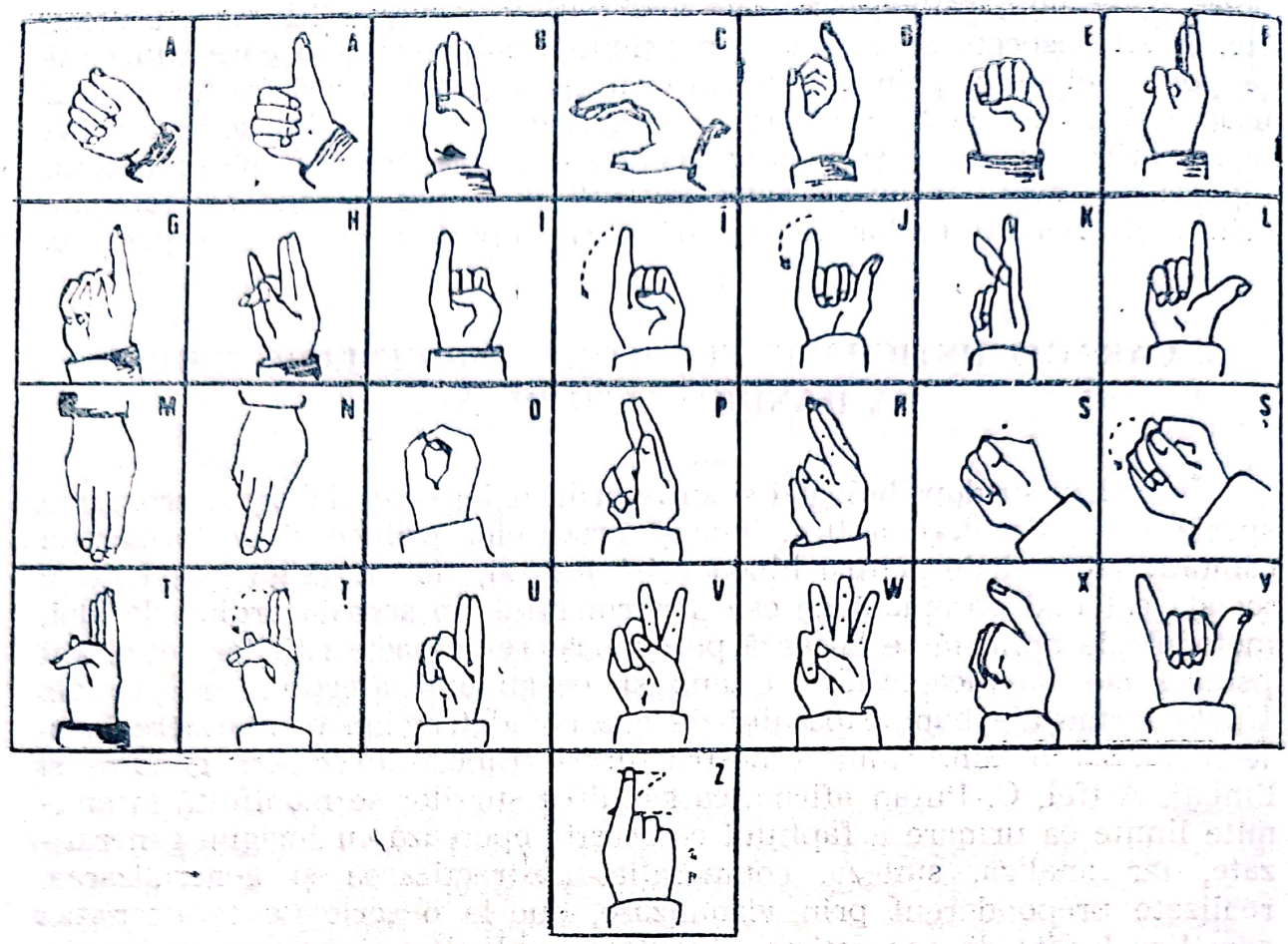
a) etapa premergătoare demutizării, în care gândirea și limbajul se bazează pe imagini ;

b) etapa începerii demutizării, în care gândirea și limbajul se realizează pe bază de imagini și parțial pe bază de cuvinte ;

c) etapa demutizării avansate, când gândirea și limbajul se realizează pe bază de cuvinte și, parțial, pe bază de imagini ;

d) etapa înfăptuirii demutizării în care atât gândirea, cât și limbajul au, relativ, aceleași caracteristici ca ale persoanelor normale.

Scanned with OKEN Scanner



Pentru a parcurge aceste etape, copilul handicapat de auz trebuie antrenat într-un sistem de „comunicare totală", în care comunicarea orală de labiolectură, de scriere, de citire, de dactileme. Așa se poate menține un echilibru formativ între formele limbajului. Acesta nu diminuează valoarea limbajului verbal, dar înlesnește achiziția lui cu ajutorul mijloacelor auxiliare.

Rezultă, așadar, că în funcție de gradul pierderii auzului au loc o serie de consecințe pe toate palierele activității psihice, atât din punct de vedere calitativ, cât și cantitativ. Aceste caracteristici își pun amprenta asupra formării comportamentelor și structurii trăsăturilor de personalitate ale handicapatului. Spre exemplu, surditatea din naștere blochează însușirea comunicării verbale și achiziția de experiențe sociale, limitând dezvoltarea capacităților intelectuale și dobândirea de însușiri ce stau la baza constituirii personalității, iar în surdițăile intervenite, după achiziția comunicării, acestea pot fi diminuate, dacă se intervine în mod organizat pentru stimularea ei și a întregii activități psihice. Chiar și în handicapul parțial (hipoacuzie) se pot ivi fenomene de stagnare sau de regres, în lipsa unui mediu stimulativ care să întrețină comunicarea. Deși se știe că prin ea însăși difuncția auditivă nu are un efect determinant asupra dezvoltării psihice, dar duce la instalarea mutității care stopează evoluția limbajului ca mijloc de comunicare și instrument intelectiv, ea restrânge, totuși, activitatea psihică de ansamblu. O dată cu asigurarea condițiilor de demutizare pentru surdomut și de stimulare a comunicării verbale pentru hipoacuzi se pun bazele formării gândirii noțional-verbale și se facilitează dobândirea de expe-

rienţe, de cunoştinţe, de cultură, imprimând caracter informativ şi formativ activităţii cu handicapaţii de auz.

Pentru realizarea acestor deziderate, şcolii şi cadrelor didactice le revine sarcina de a folosi o metodologie specifică pentru formarea comunicării verbale şi crearea posibilităţilor de învăţare a limbajului. **O asemenea metodologie vizează formarea comunicării verbale, care trebuie să pornească de la ideea că procesul de învăţare se va baza pe mimicogesticulaţie, labiolectură şi, într-o oarecare măsură, pe dactileme. Dar la hipoacuzici şi la surdomuţii în curs de demutizare, forma principală de învăţare trebuie să altereze, în funcţie de structura clasei de elevi, spre învăţarea intelectuală şi învăţarea efectivă.** În acelaşi timp, învăţarea motrică şi învăţarea morală vor însoţi întregul proces educativ, date fiind necesitatea formării unor deprinderi de abilitare psihomotrică şi a elaborării unor habitudini psihocomportamentale. De asemenea, trebuie să se aibă în vedere, la surdomutul în curs de demutizare, că metodologia învăţării comunicării, bazată pe utilizarea exclusivă a limbajului mimicogesticular, dactil etc., oricât de perfecţionate ar fi acestea, nu pot asigura exprimarea nuanţată, complexă şi precisă a întregului complex al gândirii, ceea ce presupune şi dezvoltarea limbajului verbal prin intermediul căruia se realizează interrelaţionarea de tip uman şi stimularea cogniţiei. Dificultăţi şi limitări rezultă şi din faptul că limbajul gestual presupune transmiterea simultană a semnelor în timp ce semnalele sonore se produc sucesiv, ceea ce facilitează o mai bună discriminare a fenomenelor şi cuvintelor. Prin demutizarea surdomutului şi dezvoltarea vorbirii hipoacuzicului, vocabularul se îmbogăţeşte continuu şi se perfecţionează pronunţia, astfel încât cuvintele învăţate înlocuiesc, tot mai frecvent, exprimarea prin gesturi. Cu toate acestea, handicapul de auz va influenţa, şi în continuare, modul de exprimare şi calitatea vorbirii subiectului. În aceste condiţii, vorbirea handicapaţilor de auz se menţine deficitară pe linia *exprimării, a intonaţiei, a ritmului, a calităţii articulaţiei*, ceea ce afectează inteligibilitatea vorbirii.

Având în vedere faptul că hipoacuzicii au posibilitatea de a percepe unele sunete şi cuvinte, vocabularul lor se dezvoltă mai rapid şi se ajunge la folosirea tot mai corectă a înţelegerii şi exprimării prin cuvinte şi propoziţii. Procesul de însuşire a structurilor verbale, ca şi automatizarea lor sunt dependente de structura fonetică a cuvintelor, de utilizarea acestora cât mai frecvent în diverse activităţi, de gradul de accesibilitate al cuvintelor, de felul în care educatorul ştie să le lege de conţinutul corect pentru a facilita la elevi surprinderea semnificaţiei lor. Activitatea de învăţare a limbajului atât în grădiniţă, cât şi în şcoala specială trebuie să se bazeze pe o metodologie specifică, care să permită realizarea legăturii dintre cuvinte, imaginile labiovizuale şi semnificaţia verbală, pentru a se putea ajunge la elaborarea de stereotipii dinamice, prin intermediul cărora, receptarea succesiunii de imagini labiobucale a sunetelor vizibile să determine declanşarea articulaţiei şi să facă posibilă înţelegerea comunicării.

Când se atinge stadiul de trecere de la limbajul mimicogestual la limbajul verbal, la surdomutul în curs de demutizare se creează condiţii pe plan mintal, pentru trecerea de la gândirea în imagini la gândirea noţional-conceptuală. În aceste condiţii, cuvântul stimulează nu numai

dezvoltarea gândirii, dar și a celorlalte procese psihice. În acest caz, noțiunea devine integrator al treptei senzoriale și logice, deoarece cu ajutorul cuvântului ce o exprimă, se acumulează experiență și se vehiculează informația necesară desfășurării operațiilor gândirii : abstractizarea, generalizarea etc. Ca urmare, schemele operaționale se perfecționează în raport de parcurgerea etapelor caracteristice gândirii și limbajului ce se modifică calitativ și cantitativ în procesul demutizării.

Handicapații de auz care nu beneficiază de demutizare au tendința de a se izola de auzitori, ceea ce duce la întreținerea unor relații interumane restrânse, cu efecte negative pe linia integrării sociale și profesionale. Prin izolare se instalează o serie de caracteristici în care copilul handicapat devine timid, dependent, neîncrezător în forțele proprii, anxios, negativist, lipsit de inițiativă, nemotivat pentru activități. În raport însă de cantitatea și calitatea procesului recuperativ asemenea neajunsuri pot fi depășite și se pot asigura condiții normale pentru socializare și profesionalizare. Activitatea organizată de învățare imprimă relației dintre cognitiv și afectiv un astfel de curs încât copilul își formează comportamentele ce au la bază motivații asimilate prin înțelegere și conștientizare. De aici și trăirea mai puțin dramatică a deficienței de care suferă. În acest context, activitatea recuperativ-compensatorie contribuie la reabilitarea socială a handicapaților de auz.

4. PROBLEME ALE PROTEZĂRII

Deși folosirea protezelor auditive este recunoscută ca având un caracter compensator și contribuie la însușirea comunicării verbale, apar totuși unele probleme legate de perioada de vârstă și dezvoltare mintală ca și de nivelul afectării auzului. Oricum, aparatura amplificatoare îi ajută pe hipoacuzici și chiar face posibilă școlarizarea acestora împreună cu auzitorii. Protezării i se recunoaște eficacitatea, mai cu seamă în hipoacuziile ușoare și mijlocii, dar ridică o serie de probleme în handicapul auditiv sever și în utilizarea acestora la surzii cu resturi auditive. Pentru acestea, audiometriei îi revine sarcina să departajeze cu precizie deficitele auditive și urechea cea mai puțin afectată. Astfel, măsurarea cu ajutorul audiometrului a nivelului audiției se face pentru fiecare ureche în parte. Convențional, datele obținute de la urechea dreaptă sunt notate cu un cerculeț O de culoare roșie, iar cele provenite de la urechea stângă, printr-un semn în formă de X de culoare albastră. Pragul audiției trebuie raportat și la fenomenul lateralității acustice când una din urechi, de obicei cea dreaptă, se manifestă ca fiind mai sensibilă. Protezele cunosc o continuă perfecționare. Luând în considerare principiul amplificării, ele pot fi împărțite astfel :

— cu amplificare lineară, ce sporesc nivelul audiției cu 30—40 decibeli pe toate frecvențele ;

— cu amplificare selectivă, ce amplifică numai frecvențele care sunt necesare audibilității ;

— prin compresie, cu ajutorul cărora se selectează frecvențele inutile de cele utile ;

Și aparatele auditive s-au diversificat în amplificatoare cu lămpi electronice sau tranzistori, în căști auriculare, în ochelari acustici, în

Scanned with OKEN Scanner

agrafe acustice, în contururi de ureche ș.a. În ultimul timp, pentru facilitatea comunicării la distanță se folosește telefonul bazat pe adaptarea unui vibrator și a unei chei pentru telegrafia Morse sau telefonul cu ecran video etc.

Referitor la vârsta potrivită pentru protezare, părerile specialiștilor sunt împărțite. Unii susțin ideea că proteza trebuie să se realizeze cât mai de timpuriu atât pentru obținerea copilului cu proteza, cât și pentru facilitatea achiziției limbajului, iar alții sunt de părere că protezarea trebuie făcută cu precauție și la vârste mai mari, motivând aceasta prin faptul că uneori proteza poate duce la deteriorarea auzului. Oricum eficiența protezelor este recunoscută și de către handicapații de auz, dar trebuie să se manifeste o anumită grijă în ceea ce privește durata utilizării lor și menținerea în stare de funcționare, de curățenie a aparatului. În același timp, copilul trebuie obișnuit și învățat cum să folosească aparatul și, mai ales, cum să asculte cu el. În acest sens, se poate vorbi de un adevărat antrenament auditiv din care nu se exclude perioda de adaptare a copilului la prezența protezei. Pot apărea și unele reacții psihologice negative față de utilizarea aparatului, dar și reacții de neacceptare biologică atunci când fizic, copilul este deranjat sau iritat de aparat.

O dată cu folosirea aparatului, copilul va fi învățat să localizeze, să discrimineze diferitele sunete, să diferențieze un zgomot de un sunet cu o anumită semnificație, să distingă unitățile verbale de foneme, silabe, cuvinte, ca în final, să înțeleagă mesajul verbal și să poată răspunde adecvat.

TEME DE CONTROL

1. Descrieți succint, principalele etape ale preocupărilor față de handicapatul de auz, insistând pe metodele utilizate de demutizare la noi și în străinătate.
2. Enumerați criteriile de clasificare a handicapului de auz și subliniați clasificările mai des folosite.
3. Analizați specificul funcțiilor și proceselor psihice la handicapații de auz.
4. Precizați rolul protezării și utilitatea ei.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul VII

ORGANIZAREA PROCESULUI INSTRUCTIV-EDUCATIV PENTRU HANDICAPAȚII DE AUZ

În organizarea sistemului instructiv-educativ se adoptă structuri și tehnologii care să răspundă necesităților recuperative în funcție de profunzimea handicapatului și de potențialul psihic al subiecților. Sistemul de învățământ este conceput și pentru handicapații de auz ca parte integrantă a sistemului general al educației, dar păstrând înlăuntrul său specificitatea și diversitatea formelor de intervenție adaptate la condițiile copiilor cu care se lucrează. Un asemenea sistem vizează, în egală măsură, factorii informativi, cât și cei formativi, sociali și profesionali, profilactici și terapeutici ce se constituie într-un ansamblu corectiv-recuperativ. Astfel conceput, el dă unitate procesului instrucției și educației, compensării și reeducării, ajungând la forme superioare de adaptare și integrare a handicapaților. În acest context, vârsta trebuie concepută ca posedând capacitate pentru transformări cantitative și calitative ce se concretizează în procesul dezvoltării care nu-i întotdeauna uniform și continuu, ci poate cunoaște și unele perioade critice datorate handicapului sau intervenției insuficient structurate.

1. METODOLOGIA DEMUTIZĂRII ȘI ORGANIZAREA UNITĂȚILOR SPECIALE

În țara noastră, organizarea unităților speciale se bazează pe gradul pierderii auzului sau pe forma handicapului.

Astfel, copiii cu o pierdere parțială a auzului (hipoacuzicii) beneficiază, în afara grădinițelor, de școli speciale ca și cei cu surdo-mutitate. O asemenea organizare a pornit de la faptul că în școlile pentru hipoacuzici metodologia instructivă este relativ asemănătoare cu cea pentru auzitori, în vreme ce în școlile pentru surdo-muți structurile adaptate sunt centrate pe procesul demutizării în vederea transformării copilului

Scanned with OKEN Scanner

surdo-mut în surdo-vorbitor. Și într-un caz și în altul, ținând seama de dificultățile ce le întâmpină copilul handicapat, dinamica procesului instructiv educativ se realizează de la simplu la complex, de la subiectiv la obiectiv, de la prelogic la logic, de la concret la abstract. Desigur, pe fondul acestor obiective se iau în considerație factorii dezvoltării psihice, de cultură și educație, de experiență și învățare, de potențial restant și de perspectivă a dezvoltării intelectuale. Aceasta nu înseamnă neglijarea aspectelor motivaționale și atitudinale, ele devenind mobil intern al acțiunii copilului care facilitează modelările speciale.

În acest context, organizarea și dirijarea compensării și recuperării, ca de altfel a întregului sistem instructiv-educativ, vor lua în considerație particularitățile psihice ale copilului și specificul handicapului său. Ca urmare, tabloul polimorf al handicapului de auz trebuie să țină seama de *starea critică biologică*, care creează dificultăți în planul relaționării cu lumea înconjurătoare, al echilibrului și orientării spațio-temporale ; *starea critică verbală*, ce afectează comunicarea și accesul la informații ; *starea critică social-afectivă* ce determină stări de frustrație și anxietate și, în fine, *starea critică a cogniției*, manifestată prin retard intelectual ca urmare a accesului redus la cultură.

La unele din aceste aspecte se referă M. Debesse, care descrie caracteristicile gândirii primitive, concrete și senzorial-motrice la surzi. P. Oléron remarcă nivelul scăzut al înțelegerii surzilor în raport cu capacitatea lor acțională, iar S. Borel-Maisonny exprimă caracterul optimal al învățământului prin folosirea unor metode optime ce pot înlătura retardul intelectual.

Integrarea copilului în activitatea școlară și trecerea sa printr-un program de recuperare se bazează pe evaluarea și dignosticul capacităților sale ; în felul acesta se poate ajunge la o apreciere mai corectă a evoluției probabile (prognoză). Pentru aceasta, psihodiagnoza trebuie să contribuie la diferențierea tulburărilor organice de cele funcționale în producerea handicapului, stabilirea rolului factorilor socio-cultural și familial în raport cu cei ereditari, depistarea altor factori etiologici și estimarea nivelului handicapului (primar, secundar, psihic, senzorial, motric) și nu în ultimul rând adaptarea metodologiei specifice compensativ-recuperative. În felul acesta, procesul compensativ-recuperativ cuprinde învățarea și educația, ceea ce presupune un anumit nivel de înțelegere și de participare. Astfel de programe sunt de natură psiho-pedagogică, profesionale și sociale care folosesc metode și terapii didactice ocupaționale și socio-familiale.

Având în vedere specificul handicapului de auz, unul din obiectivele principale în acest demers este și acela al demutizării, care presupune un îndelungat proces de învățare. În cadrul acestuia intervin o serie de factori obiectivi și subiectivi, o serie de principii și legități. În demutizare se adoptă transmiterea cunoștințelor atât prin intermediul cuvintelor, cât și al mijloacelor auxiliare de comunicare, din care se pot desprinde două categorii de asociații : liniare, ce au o structură simplă și una ramificată, cu o structură complexă. Asociațiile lineare se pot realiza prin :

a) — de la imagine se ajunge direct la cuvântul ce o denumește, fără să se folosească alte mijloace de comunicare intercalate ;

b) — între imaginea și cuvântul ce o denumește se intercalează un mijloc auxiliar ;

Scanned with OKEN Scanner

c) — între imaginea și cuvântul ce o denumește se intercalează două sau mai multe mijloace auxiliare ;

d) — între imaginea și cuvântul ce o denumește se intercalează un cuvânt deja cunoscut de copil.

Deși asociațiile ramificate respectă principiile enunțate mai sus, ele sunt mai variate, dat fiind faptul că :

a) între imagine și cuvinte se intercalează, concomitent, două mijloace auxiliare ;

b) între imagine și cuvânt se intercalează, concomitent, mai multe mijloace auxiliare.

În aceste forme de asociații (ramificate) se creează un avantaj care constă în faptul că ele se mențin toate active și cu posibilitatea copilului de a le folosi în mod egal, fără preferințe.

Măiestria specialistului (a demutizatorului) se estimează și după rapiditatea în care elevul ajunge să asocieze imaginea cu cuvântul, fără să mai treacă prin alte forme, iar prin formarea unor deprinderi de acest fel, surdo-mutul devine surdo-vorbitor.

În ordinea etapelor demutizării și ale formării vorbirii se pot adapta principii ce se referă la :

— respectarea caracteristicilor naturale de dezvoltare a vorbirii, de la simplu la complex, de la ușor la greu, asemănător achizițiilor limbajului în ontogeneza timpurie ;

— învățarea gradată și deductivă a sunetelor mai dificil de pronunțat (din cele care nu presupun dificultăți majore), respectând în felul acesta particularitățile fiziologice și fonetice ;

— învățarea sunetelor, ca de altfel și a cuvintelor și propozițiilor, se face în succesiune, confruntând aspectele formale cu cele semantice.

2. PROBLEMELE RECUPERĂRII BIOLOGICE, PSIHICE ȘI SOCIALE

În literatura de specialitate contemporană s-a acreditat tot mai mult ideea că recuperarea privește și dezvoltarea auzului (biologic). S-a constatat chiar că și în formele de cofoză avansată există unele resturi minore de auz ce nu trebuie neglijate. De cele mai multe ori, aceste resturi nu permit discriminarea sunetelor sau a vocii umane, dar prin intermediul lor pot fi percepute unele zgomote sau tonalități. La acestea se pot adăuga și unele semnalări senzoriale pe cale osoasă.

Pe baza acestor caracteristici ale resturilor auditive se pot forma și dezvolta unele percepții.

Pentru aceasta se apelează la surse sonore neverbale, corespunzătoare acuității auditive, care au rolul de a pregăti folosirea aparatelor de amplificare. Sursele sonore utilizate trebuie să depășească pragul audibilității ; pentru aceasta ele vor fi asociate cu acele caracteristici ale calității sursei sonore pentru a facilita diferențierea și înțelegerea conținutului în raport cu sursa emitentă. Spre exemplu, surse sonore emise de tobe, trompete, pian, acordeon etc. vor fi reproduse de către copii, ceea ce contribuie la diferențierea lor. După obținerea unor astfel de rezultate se va apela la perceperea vocii umane, a diferențierii vocii copilului de a adultului, a vocii bărbatului de a femeii etc. Când se întâmpină

Scanned with OKEN Scanner

dificultăți sporite, copilul este pus în situația de a percepe cu degetele vibrațiile buzelor, laringelui, toracelui, concomitent cu emiterea vocală, ajungându-se la o cât mai bună înțelegere a caracteristicilor sursei sonore. Este indicat să se folosească, pentru început, cuvinte monosilabice și bisilabice și numai ulterior cuvinte obișnuite și propoziții, dar toate trebuie să se încadreze în câmpul optim de audiție al copilului. În stadiul următor, se va insista pe semnificația unităților sonore folosite, ajungând la însușirea noțiunilor.

Unde este posibil, antrenamentul senzorial se va baza și pe folosirea aparaturii de amplificare. Cu aceasta sau fără aceasta, reeducarea trebuie să țină seama de principiile intuiției și ale accesibilității, ceea ce ar facilita corelația dintre obiect, imagine, cuvânt și înțelegerea structurilor verbale utilizate.

Recuperarea biologică presupune și recuperarea psihică și cea socială. Nivelul dezvoltării psihice și particularitățile psiho-genetice ale copiilor nu se limitează numai la reabilitarea funcției analizatorului deficitar, ci presupune dezvoltarea acelor însușiri fiziologice (compensatorii) și ale diferitelor funcții sau procese psihice, iar în cadrul acestora, dezvoltarea comunicării verbale constituie premiza recuperării psihologice și inserției sociale (prin recuperarea socială). Demutizarea, ca parte componentă a recuperării, presupune formarea și dezvoltarea nu numai a comunicării orale, dar și a celei scrise.

Spre deosebire de auzitor, la surdo-mut însușirea limbajului scris-citit se realizează, concomitent, cu achizițiile limbajului vorbit. Deși o asemenea acțiune se prelungește pe toată durata școlarizării, ea trebuie să înceapă de la vârstele precoce, chiar din grădiniță, prin utilizarea unor elemente grafice și de abilitate manuală în care trasarea de linii și contururi, desenele, modelajul, cunoașterea părților corpului devin componente importante ale pregătirii copilului pentru școală. La baza acestui proces complex stă formarea deprinderilor de scris-citit în corelație permanentă cu înțelegerea mesajelor vorbirii orale și asocierea repetată a cuvintelor cu obiectele sau acțiunile ce le denumesc.

Asemenea asociații se fac până când copiii ajung să utilizeze în mod independent mesajul verbal și să identifice relația dintre fonem și grafem.

În practica școlară s-a constatat că atât copiii hipoacuzici, cât și cei surzi au capacități evidente care le îngăduie însușirea scris-cititului; uneori, acestea pot chiar devansa pe acelea legate de perceperea și formarea pronunției în vorbirea orală. Ulterior, se urmărește consolidarea deprinderilor de scris-citit, prin exersarea unui material verbal tot mai complex în care creșterea gradată a unităților verbale și înțelegerea acestora se realizează pe etape. Astfel, acestor activități li se conferă o valoare compensatorie și recuperatorie, ele contribuind la relaționarea copiilor cu cei din jur, prin comunicare și la dezvoltarea activității psihice, prin achiziția de informații.

În unitățile școlare pentru handicapații de auz s-a acreditat, pe bună dreptate, ideea că învățarea are un pronunțat caracter informativ și formativ pentru formele recuperării (biologică, psihică, socială).

Ținând seama de faptul că handicapații senzoriali (inclusiv cei de auz) dispun de posibilități recuperatorii mai mari decât handicapații de intelect, varietatea formelor ce se aplică, prin învățare, sunt diverse și mai complexe.

Scanned with OKEN Scanner

Din această perspectivă, se folosesc forme ale învățării spontane dublate de o învățare organizată, cu accente pe învățătura cognitivă și prin continue stimulări ale învățării afective, morale și psihocomportamentale. Ca urmare, apar acumulări cantitative și calitative în viața psihică a copilului și se conturează unele caracteristici ale personalității acestuia, care stau la baza formării componentelor ei stabile.

3. SPECIFICUL INTEGRĂRII SOCIO-PROFESIONALE

Integrarea socială și profesională se realizează în etape, etape ce depind de calitatea procesului educațional-recuperativ, cât și de o serie de factori subiectivi ce privesc dezvoltarea psihică a subiectului, calitatea și cantitatea dezvoltării psihice, motivația și calitățile voliționale, atitudinea și participarea activă, afectivă la procesul în care este implicat.

Rezultă, așadar, că educatorului îi revine sarcina importantă în organizarea acestor forme de a le imprima un caracter cât mai adecvat posibilităților copilului și de a stimula acele trăsături care devin constituenți ai structurilor de personalitate. În acest context, educatorul trebuie să formeze un climat afectiv tonifiant, care să înlăture tendințele frustrante și anxioase ce conduc la izolare, să determine valorificarea potențialului psihic, în scopul achiziționării de abilități sociale și profesionale, toate contribuind la o inserție a handicapatului în lumea normalilor.

În condiții defavorabile de educație, handicapul de auz devine un singuratic sau se izolează de lumea auzitorilor. Acolo unde există preocupări constante pentru educație se crează un mediu securizant pentru handicapați și se produc restructurări comportamentale care pun în evidență capacități nebănuite de inserție socială. Fără îndoială, acțiunea ce caracterizează un asemenea demers trebuie să înceapă încă din familie și să continue, prin forme specifice, în instituțiile speciale.

Astfel, literatura de specialitate subliniază o serie de caracteristici ce trebuie avute în vedere încă din perioadele copilăriei mici. Iată câteva :

— stimularea și formarea capacității de comunicare a copiilor atât prin mijloace verbale, cât și auxiliare ;

— dezvoltarea unor caracteristici ale percepției kinestezice, care contribuie la formarea structurilor fonetice ale limbii și ale scris-cititului, prin învățarea copilului să coreleze complexul sonor cu pipăitul, cu vibrațiile aparatului fono-articulator, cu particularitățile suflului de aer în emisia vocală, perceperea mișcărilor buco-maxilo-faciale etc. ;

— dezvoltarea percepției vizuale și formarea capacităților de imitare a mișcărilor corpului, ale feței, ale gurii, ale buzelor ce se produc în emisia verbală ;

— dezvoltarea percepțiilor auditive, prin antrenamente și exerciții de percepere a unor sunete, cât și prin amplificarea acestora cu ajutorul protezelor ;

— formarea capacității de înțelegere a comportamentelor celorlalți și facilitarea unor raporturi afective cu cei din jur ;

— dezvoltarea atenției, a capacităților de memorare, reproducere, de motivație pentru activism prin jocuri, scene mimate, desene, plimbări ;

Scanned with OKEN Scanner

— dezvoltarea psihică generală, prin facilitarea afirmării expresiei afective și participarea la comunicare ;

— formarea încrederii în sine, a nevoii de participare la viața de grup ș.a.

Aceste obiective pot fi îndeplinite cu atât mai bine și mai repede, cu cât se va ține seama de particularitățile psiho-individuale ale copiilor și de demersurile făcute în perioada vârstelor mici.

Se știe că majoritatea handicapaților de auz reușesc să se integreze bine și eficient în viața socială și profesională, ajungând la exercitarea unor profesiuni apropiate de cele ale auzitorilor. Trebuie avut în vedere că handicapații de auz nu vor fi orientați spre acele profesii care solicită în mod deosebit auzul și care pot duce la accidente sau, prin suprasolicitare, la o diminuare a resturilor de auz. Dar handicapații de auz, indiferent de gradul handicapului, pot exercita, cu succes, profesiuni ca cele de : tehnician dentar, instalator tehnico-sanitar, croitor, tâmplar, strungar, lăcătuș, bobinator, electrician, zugrav, parchetar etc. De asemenea, pot urma forme de învățământ tehnic sau liceal (viticultură, apicultură, zootehnie), ori unele forme ale învățământului universitar.

Astfel, adaptabilitatea sporește capacitatea de integrare socială și profesională, determinând o evoluție armonioasă a personalității.

TEME DE CONTROL

1. Conturați caracteristicile și implicațiile demersurilor educațional-recuperative în activitățile cu handicapații de auz.
2. Analizați, comparativ, particularitățile recuperării biologice, psihologice și sociale.
3. Evidențiați limitele și condițiile care facilitează integrarea socio-profesională a handicapaților respectivi.
4. Efectuați o analiză de caz pe baza celor constatate în unitățile speciale (în cadrul practicii) sau din cunoașterea unor subiecți cu astfel de handicapuri și prezentați-le caracteristicile psiho-individuale.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul VIII

HANDICAPUL DE VEDERE

Tiflologia cu subramurile ei, tiflopsihologia, și tiflopedagogia, face parte integrantă din psihopedagogia specială (defectologie) și studiază handicapurile de vedere de la cele parțiale (ambliopia) și până la cele totale (orbirea sau cecitarea). Astfel, sunt vizate particularitățile psihice ale handicapului de vedere, evoluția activității psihice și dezvoltarea operațiilor instrumentale, constituirea structurilor de personalitate în aceste condiții, ca și organizarea activității instructiv-educative, modelarea handicapului și dobândirea cunoștințelor, formarea intereselor gnostice și dezvoltarea unor abilități socio-profesionale integratoare, funcționalitatea compensatorie și recuperatorie în vederea adaptării și inserției sociale.

Tiflopedagogia cuprinde și o parte specială, denumită tiflometodică, care are în vedere metodologia predării disciplinelor de studiu cuprinse în programa școlară, iar tiflopsihologia asimilează tiflotehnica cu problematica teoretico-practică a construirii și folosirii materialului didactic și a aparaturii utilizate în instrucția handicapaților de vedere.

1. PROBLEMATICA TIFLOPSIHOLOGIEI ȘI TIFLOPEDAGOGIEI

Ca și alte ramuri ale psihopedagogiei speciale, tiflologia, (gr. „tiflos = orb, gr. „logost“ = știință) a cunoscut în ultima perioadă de timp o dezvoltarea mai accentuată, marcând caracterul interdisciplinar prin corelarea fenomenelor psihologice, pedagogice, sociologice și medicale în abordarea fenomenelor în handicapul vizual. În activitatea cu handicapații vizuali se ia în considerație nivelul și gravitatea handicapului, adoptându-se metodologii speciale pentru acei subiecți lipsiți complet de vedere (orbi) sau pentru cei cu resturi de vedere, care au o diminuare a acuității vizuale centrale cuprinse între 0,05—0,2 (ambliopi). În decursul timpului, specialiștii din domenii diferite au subliniat existența unei „psihologii a orbilor“ bazată pe comportamentul și structurile specifice ale acestei categorii de handicapați atât de evidente. Din aceasta

rezultă și atitudinea diferită a societății manifestată față de subiecții respectivi. Astfel, societățile primitive îi sacrificau pe orbii din naștere (ca și pe cei cu malformații somatice), deoarece îi considerau ca întruchipări ale spiritelor rele. În concepția metempsihozei (reîncarnarea sufletului), brahmanii aveau ideea că orice handicapat ispășește păcatele comise în timpul vieții trăite anterior de anumite suflete. Deși spartanii nu aveau asemenea prejudecăți religioase, ei îi sacrificau totuși pe handicapați pe motivul preocupării pentru instrucția militară, căreia aceștia nu-i puteau face față. În mitologia greacă, zeii din Olimp, călăuziți de spiritul dreptății și adevărului, pedepseau cu orbirea pe muritorii de rând, care se făceau vinovați de trădare în dragoste.

Cu toate acestea, atât în antichitate, cât și mai târziu, unii nevăzători erau apreciați în mod deosebit pentru înțelepciunea lor, consultați și angajați ca sfetnici. Despre Homer, autor al Iliadei și Odiseei se spune că era nevăzător, iar justiția era înfățișată prin chipul zeiței Atena legată la ochi. Aceeași apreciere deosebită pentru competența nevăzătorilor l-ar fi determinat pe cunoscutul filosof Democrit (460—370 î.e.n.) ca, la bătrânețe, să-și provoace orbirea datorită convingerii că prin aceasta își ajută spiritul să pătrundă tot mai adânc în tainele cunoașterii.

Cercetările moderne de psihopedagogie specială au demonstrat că pierderea vederii sau diminuarea ei are o serie de consecințe fiziologice și psihologice în planul comportamental și al structurării personalității handicapatului. În principiu, handicapul de vedere produce un dezechilibru la nivelul comportamental, ceea ce influențează negativ relațiile subiectului cu mediul înconjurător. Dacă la handicapații din naștere, deși apar dificultăți de relaționare, tensiunile interioare sunt mai reduse, în handicapul survenit dezechilibrele sunt pregnante, iar frământările, dramatice la nivelul personal, îl marchează pe individ toată viața. Totuși într-un mediu securizant, în care domină confortul psihic și înțelegerea față de handicap, evoluția personalității capătă o serie de caracteristici de tip integrativ cu pronunțate note de adaptare la viața socială și profesională. În aceste condiții, handicapații de vedere cunosc o dezvoltare psihică relativ asemănătoare cu a normalilor și se pot afirma ca personalități în diferite domenii de activitate. Încă Aristotel a încercat să explice orbirea, din punct de vedere filosofic, și a subliniat implicațiile acesteia în dezvoltarea ființei umane.

Komenius a afirmat necesitatea instruirii orbilor, bazându-se pe surprinderea capacităților lor psihice, iar filosoful francez Diderot, în lucrarea intitulată „Scrisoare asupra orbilor", face mențiuni importante pentru domeniul tiflopsihologiei (prieteni ai ordinii, cunoașterea obiectelor cu ajutorul tactului, aprecierea cu precizie a timpului prin succesiunea ideilor și a acțiunilor etc.). Și în literatura beletristică motivul orbirii a fost subliniat ca limită a deznădejdii și automutilărilor, dar și ca nivel al autodepășirii și dezvoltării nelimitate a ființei umane.

2. ETIOLOGIA ȘI CLASIFICAREA HANDICAPURILOR DE VEDERE

Există cauze comune pentru toate tipurile de handicap (analizate în capitolele respective), dar și unele speciale care determină handicapul de vedere și la care ne referim, în mod sintetic, în continuare. Acestea trebuie raportate la gravitatea handicapului și la factorii care favorizează

Scanned with OKEN Scanner

apariția unor disfuncționalități într-o anumită perioadă de dezvoltare a ființei umane.

Etiologia cecității și ambliopiei, raportată la localizarea agentului patogen în diferite segmente ale organului vizual sau a anexelor sale se referă la :

a) *Tulburările refracției oculare* (ametropiile) care împiedică formarea imaginii retiniene normale și transparența adecvată a mediilor refringente. Ca atare, în loc de un ochi cu refracție normală, ce se numește *emetrop*, apar anomalii ale ochiului, numite *ametropii*.

Din categoria ametropiilor fac parte : miopia, hipermetropia și astigmatismului.

În *miopie*, ochiul prezintă anomalii morfo-funcționale ce determină formarea focarului razelor de lumină în fața retinei, iar imaginea retiniană devine neclară. Miopul percepe corect obiectele din apropiere dar sunt văzute difuz obiectele de la distanță. În forma de miopie benignă, evoluția deficienței este lentă și de obicei minoră până la vârsta de circa 20 ani ; în schimb în forma de miopie malignă, miopia este progresivă și gravă. Miopia este însoțită de degenerescența retiniană, hemoragiile și deslipirile de retină etc.

Hipermetropia este o afecțiune de refracție care determină percepere difuză a obiectelor din apropiere. Fenomenul respectiv se datorește unei malformații oculare și nu se confundă cu presbiția care este o manifestare fiziologică legată de vârstă (45—50 ani).

Astigmatismul are la bază o structură deficitară a corneei și se asociază, adeseori, cu o ambliopie născută.

b) *Opacitățile mediilor refrigente* sunt determinate de afecțiunile corneei însoțite de traumatisme grave, procese inflamatorii, distrofii ireversibile, uscarea corneei și de factori congenitali.

c) *Tulburările retinei (retinopatiile)* pot fi congenitale sau dobândite. Ele diminuează acuitatea vizuală centrală, vederea cromatică și diurnă ca și acuitatea vizuală periferică, vederea crepusculară, cu păstrarea relativă a acuității vizuale centrale. În această categorie se înscriu atrofia optică, degenerescența retiniană ereditară și ablazia centrului retinei (albinismul și nictalopia). Retinopatiile dobândite privesc deslipirile de retină, afecțiunile vasculare ale ochiului, boli generale cu accidente retiniene și tumorile maligne ale retinei.

d) *Tulburările funcționalității nervului optic și a căilor optice intracraniene* pot fi localizate în interiorul globului ocular, la nivelul papilei optice, înapoia ochiului. Ele sunt cauzate de procese inflamatorii, modificări degenerative, afecțiuni retropulpare ale nervului optic prin intoxicații, tumori, traumatisme, afecțiuni ale traiectului optic, atrofia nervului optic etc.

e) *Tulburările cecității corticale* se referă la disfuncționalitatea centrilor vizuali superiori, prin instalarea unor așa-numite pete oarbe în câmpul vizual, fenomene de oscilare optică, cecitate psihică și altele.

f) *Glaucomul* este o tulburare gravă ce apare, în principal, datorită creșterii tensiunii intraoculare și constituie, adeseori, o cauză a orbirii la vârsta adultă. Afecțiunea are un caracter progresiv deoarece leziunile apărute sunt ireversibile.

g) *Traumatismele oculare* se manifestă sub formă de contuzii, plăgi și arsuri. Această categorie constituie, în epoca modernă, cauza majoră a multor handicapuri vizuale.

Scanned with OKEN Scanner

h) *Strabismul* se datorește dezechilibrului în coordonarea lobilor oculari și privește nu numai estetica feței și existența handicapului ușor sau grav.

Toate aceste cauze pot fi prevenite în bună măsură, atât prin înlăturarea unor condiții negative cu acțiune patologică, cât și prin unele intervenții medicale sau de ordin psihologic, corectiv-recuperative, de formare a atitudinilor de igienizare și de viață decentă. Ținând seama de criteriul etiologic și corelându-l cu gravitatea handicapului vizual, localizarea și dinamica handicapului și a perioadei declanșării acestuia, în tiflologie au fost adoptate unele clasificări care subliniază diminuarea acuității vizuale centrale sau periferice ori pierderea totală a acesteia. Prin urmare, handicapul vizează o pierdere totală a capacității vizule, determinând orbirea sau o pierdere parțială, producând ambliopia în grade diferite. Totodată, în determinarea gradului handicapului vizual se iau în considerare, pe lângă acuitatea vizuală, și unele fenomene ce privesc capacitățile vizuale de ansamblu, manifestate printr-o scădere a câmpului vizual binocular, utilizarea practică a resturilor de vedere concretizată în eficiența și dinamica capacității vizuale. Toate aceste criterii și clasificările, bazate pe ele, sunt importante pentru terapia medico-pedagogică, iar pentru semnificația psihologică, clasificarea după perioada instalării handicapului se concretizează în paradigmele de elaborare a programelor recuperativ-educaționale, deoarece asemenea momente privesc conservarea sau compensarea unor funcții, cum ar fi cele senzorial-perceptive, a reprezentărilor, a imaginilor etc. După acest ultim criteriu (al instalării handicapului), se pot desprinde handicapuri congenitale sau survenite (tardive).

În *handicapul congenital,* nevăzătorii nu au reprezentări vizuale, ele nefiind păstrate nici la copii la care apar asemenea afecțiuni până la vârsta de 3—4 ani, iar experiența lor optică este nulă. În schimb, în *handicapul survenit* după circa 4 ani, se păstrează unele imagini vizuale, care au o influență deosebită asupra particularităților psihologice și a dezvoltării activității psihice. Asemenea imagini și reprezentări vizuale se păstrează într-o proporție mai mare în *handicapul tardiv* care apare la vârste mai târzii.

Pentru domeniul educațional sunt deosebit de importante existența unor resturi de vedere și ele se impun a fi cunoscute de către educator, deoarece predarea cunoștințelor și metodologia adoptată trebuie să ia în considerare experiența senzorială și capacitatea de reproducere a imaginilor vizuale. Astfel, în condițiile unor forme de ambliopie, educatorul poate cunoaște bogăția și semnificația imaginilor păstrate, prin trecerea copilului printr-o serie de probe simple, cum ar fi : probe de identificare a unor obiecte, probe de confecționare a unor obiecte, probe toategrafice și tiflografice, probe motrico-perceptive și probe verbale. În toate acestea se va apela la forme de identificare și reproducere, bazate nu numai pe componente vizuale, dar și cele tactil-kinestezice, motrico-kinestezice, verbo-kinestezice etc.

3. CARACTERISTICILE FUNCȚIILOR ȘI PROCESELOR PSIHICE

Așa cum a rezultat, gravitatea handicapului de vedere, vârsta la care se instalează acesta și nivelul de dezvoltare psihică a persoanei

Scanned with OKEN Scanner

influențează evoluția psihică ulterioară a handicapului. Dar pe lângă aceste caracteristici de ordin psihologic, handicapul de vedere determină și o serie de tulburări de ordin somatic. Acestea se constituie în grupa unor consecințe morfofuncționale și au efecte secundare deoarece nu este obligatoriu să apară la toate categoriile de handicapați vizual, ele putând, totodată, să fie prevenite sau corectate. Dat fiind faptul că aceste consecințe există la mulți handicapați, enumerăm câteva. În această ordine de idei, în literatura de specialitate se citează la unii nevăzători existența unei dimensiuni reduse sau a unei deformări a craniului în raport cu văzătorii, ușoare abateri de la metabolismul apei, dereglări ale metabolismului glucidic, disfuncții hipofizare, o expresie specifică a feței, o dezvoltare fizică întârziată și mai puțin armonioasă, concretizată în atitudini rigide, atitudini cifodice, o aplecare a capului și gâtului înainte sau lateral, deformări ale coloanei vertebrale în plan frontal (scolioze) sau în plan sagital (cifoze, lordoze), mișcări imprecise, manierisme asimetrice, ticuri, mers slab coordonat și altele. Aceste fenomene sunt prezente și la unii ambliopi, dar într-o măsură mai mică și ele reclamă progrese instructiv-educative bazate pe educația fizică specială.

Pentru psihopedagogia specială sunt mai semnificative caracteristicile funcțiilor și proceselor psihice. Componenta vizată nemijlocit este aceea a percepției vizuale și a dificultăților în gnozia vizuală. Ea prezintă o serie de caracteristici care depind de gradul și forma handicapului, vârsta și dezvoltarea psihică a subiectului. Chiar atunci când se păstrează unele *percepții*, imaginile sunt lipsite de precizie, sunt neclare, fragmentate și frecvent distorsionate. De asemenea, apar dificultăți în actualizarea lor spontană ca și în interpretarea și conștientizarea imaginii, ceea ce determină o scădere a randamentului mental sau acțional. O anumită scădere a analizei și sintezei optice se corelează cu existența unor retarduri în planul gândirii și al achiziției operațiilor instrumentale. Trebuie, totuși, remarcat că percepția vizuală poate fi antrenată și poate fi perfecționată printr-o serie de măsuri bazate, în special, pe compensare, care facilitează o dezvoltare spectaculoasă în utilizarea imaginilor.

Antrenarea și reeducarea percepției vizuale se realizează în corelație cu valorificarea altor modalități receptive și în primul rând cu cea tactil-kinestezică, invocându-se, de câte ori este posibil, experiența optică anterioară a subiectului.

Și *reprezentările* sunt dependente de integritatea analizatorilor. Dacă la nevăzătorii congenitali imaginile mentale sunt legate de componentele auditive, la nevăzătorii tardivi sau la ambliopi se iau în considerație și urmele păstrate, stimulându-se verbal imaginile mentale existente. Dar, în egală măsură, cantitatea și calitatea reprezentărilor, volumul și forța acestora prezintă un decalaj în raport cu cunoștințele verbale, fapt reflectat în recunoașterea unor obiecte sau fenomene și în capacitatea redusă de actualizare a unor caracteristici definitorii. Acest decalaj se accentuează pe măsura dezvoltării limbajului, a comunicării în genere, și instalarea unui ritm redus în formarea bagajului de imagini în unele domenii mai dificile sau cu înalt caracter abstract. În acest context nu se indică suplinirea lipsei de reprezentări bazate pe intuiție prin metode care să stimuleze verbalismul și operarea excesivă cu „scheme" mentale. Un asemenea procedeu stimulează numai parțial *gândirea*, deoarece ea este lipsită de suportul intuitiv și se ajunge la dificultăți majore în folosirea generalizărilor și abstractizărilor. Dar

Scanned with OKEN Scanner

fiind faptul că *atenția* este relativ bine dezvoltată la handicapații de vedere, activitatea mentală se poate orienta spre acele paliere ce privesc audiția și acordarea de semnificație extinsă *limbajului*.

Limbajul are un rol considerabil în compensarea handicapului de vedere, constituindu-se în principala formă de transmitere și îmbogățire a experienței cognitive. Deși dezvoltarea limbajului este mai lentă față de normal, iar manifestarea unor dificultăți de înțelegere mai pregnantă ca urmare a disfuncționalităților dintre imaginile obiectelor și cuvintele care le desemnează, totuși se pot stimula conduite verbale care să întrunească calitățile veritabile ale acestui instrument principal al activității mentale.

În cadrul activității psihice, *memoria* handicapaților de vedere este deseori invocată ca bucurându-se de calități superioare celor ale văzătorului. Cu siguranță, handicapatul este nevoit să facă apel frecvent la această capacitate, ceea ce constituie un antrenament continuu. În același timp, se citează nevăzători cu o memorie remarcabilă și se evidențiază calitățile de valorificare, prin actualizare, a unui volum imens de date acumulate.

Dacă acordăm importanța cuvenită antrenamentului și formelor de compensare atunci putem afirma că există dezvoltări progresive și de mare eficiență în planul memoriei la handicapații de vedere comparativ cu văzătorii.

4. SPECIFICUL PROTEZĂRII ȘI COMPENSĂRII

După cum se știe, în unele forme de ambliopie acuitatea vizuală se remediază parțial, prin folosirea ochelarilor. Pe lângă aceste elemente de protezare, specialiștii au manifestat și o preocupare pentru construirea unor mașini speciale de scris sau a altora, menite să realizeze un „citit" codificat, prin folosirea unor stimuli verbali ; în fine, confecționarea unor ochelari, bazați pe celule fotosensibile care transformă sursa de lumină în sunet cu scopul de a facilita orientarea handicapatului în condițiile de mediu (D. Damaschin).

În afara acestor mijloace, acțiunea recuperatorie se bazează și pe capacitatea organismului de a se echilibra și compensa în raport cu condițiile mediului. Compensația exprimă capacitatea sistemului biologic de a realiza rezistență la perturbații și de a adopta forme comportamentale care să-i permită o structurare organo-funcțională și de autocontrol în raport cu influențele înconjurătoare. Compensația se poate realiza prin regenerarea organică (refacerea unor țesuturi), vicariere (suplinirea) și restructurarea funcțională. Edificator pentru aceste forme de compensare este fenomenul de transfer al unor funcții de la nivelul unui organ afectat la nivelul organului sănătos sau a restructurării funcționale prin preluarea unor funcții de către organele sănătoase. În acest context sistemul nervos central al omului adoptă programe specifice în raport de dotarea de care dispune, de experiența individului și de capacitatea de antrenare (exersare). În timp ce în recuperarea biologică metodele medical-chirurgicale au un rol predominant, în compensarea și în recuperarea socială a procesului învățării, formarea unor stereotipuri acționale și exersarea unor funcții devin fundamentale pentru adaptare.

Scanned with OKEN Scanner

Un exemplu de compensare, manifestat la nivelul funcțiilor psihice, îl poate constitui și dezvoltarea imaginilor mintale, pe baza proceselor senzoriale auditive, tactil-kinestezice etc., prin organizarea structurilor psihice care se desprind, progresiv, din calitățile perceptiv-verbale, printr-o codificare relativ originală. În acest caz, efortul nevăzătorului este centrat pe exersarea și dezvoltarea funcțiilor mnezico-verbale, contribuind la compensarea nu numai psihică, dar și biologică.

TEME DE CONTROL

1. Conturați problematica tiflopsihologiei și tiflopedagogiei în contextul psihopedagogiei speciale.
2. Analizați principalele cauze ale handicapurilor de vedere.
3. Analizați criteriile de clasificare a handicapurilor de vedere.
4. Enumerați principalele caracteristici ale funcțiilor și proceselor psihice la handicapații de vedere.
5. Subliniați rolul compensării în adaptarea handicapaților.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul IX

ORGANIZAREA PROCESULUI INSTRUCTIV-EDUCATIV PENTRU HANDICAPAȚII DE VEDERE

Recuperarea și educarea handicapaților de vedere comportă, ca toate tipurile de handicap, un anumit specific : astfel, instrucția de tip intelectual, însoțită de învățarea psiho-motrică și psiho-comportamentală determină o evoluție apropiată sau similară persoanelor cu vedere, facilitând forme de adaptare socială și calificare profesională prin sisteme de învățământ de toate gradele, inclusiv superior. Desigur, eforturile depuse în procesul instructiv-educativ de copiii cu vedere diminuată sau lipsiți de această capacitate sunt mai mari și de durată. Așadar, în lipsa unor alte deficiențe asociate, handicapații de vedere pot ajunge la o dezvoltare psihică asemănătoare cu a persoanelor normale.

1. PROBLEMATICA PSIHOPEDAGOGICĂ A ÎNVĂȚĂRII SCRIS-CITITULUI ÎN BRAILLE

Ambliopii învață în sistemul scrierii obișnuite (alb-negru) cu excepția acelora care manifestă afecțiuni ce duc iremediabil la orbire. În clasele de ambliopi sau în școlile speciale pentru aceștia se folosesc materiale didactice specifice, cum ar fi o înclinare a meselor în așa fel încât vizualizarea să fie maximă, cu o iluminare a sălilor cât mai bună (pe cât posibil naturală). Există unele caiete sau cărți care permit trasarea corpului grafemelor încât ele pot fi percepute și vizualizate, fără un efort prea mare. Materialul intuitiv utilizat pentru exemplificarea unor elemente ale obiectelor sau fenomenelor trebuie să fie și el bine conturat pentru a facilita percepția.

În schimb, nevăzătorii se folosesc de un sistem special de scriere și citire în care funcția dominantă este deținută de analizatorul tactil-kinestezic. Preocupările pentru a creea o scriere accesibilă orbilor datează din perioadele cele mai vechi. La început se foloseau noduri pe șnururi care, prin distanță și grosime, căpătau semnificația unor

litere. În același timp se utilizau scrierile transpuse pe o placă în relief sau au fost create semne convenționale care suplineau literele obișnuite, dar toate acestea aveau un caracter limitativ pentru comunicare.

Un salt calitativ s-a realizat prin crearea unui sistem logic închegat de litere și semne punctiforme de către Louis Braille (în 1809), el însuși nevăzător în urma unui accident. Autorul s-a inspirat din așa-numita „scriere secretă" a unui căpitan din armata franceză (Charles Barbeier) ce a fost creată pentru comunicarea în timpul nopții.

După modelul din care s-a inspirat, Braille reușește să realizeze un alfabet format din 76 semne diferite, fiecare semn fiind alcătuit din unul până la șase puncte (fig. 4). Punctele au o înălțime de 1 mm și o distanță, din centrul fiecăruia, egală cu 2,5 mm. Aceste caracteristici ale înălțimii și distanței corespund pragului maximal al sensibilității tactile.

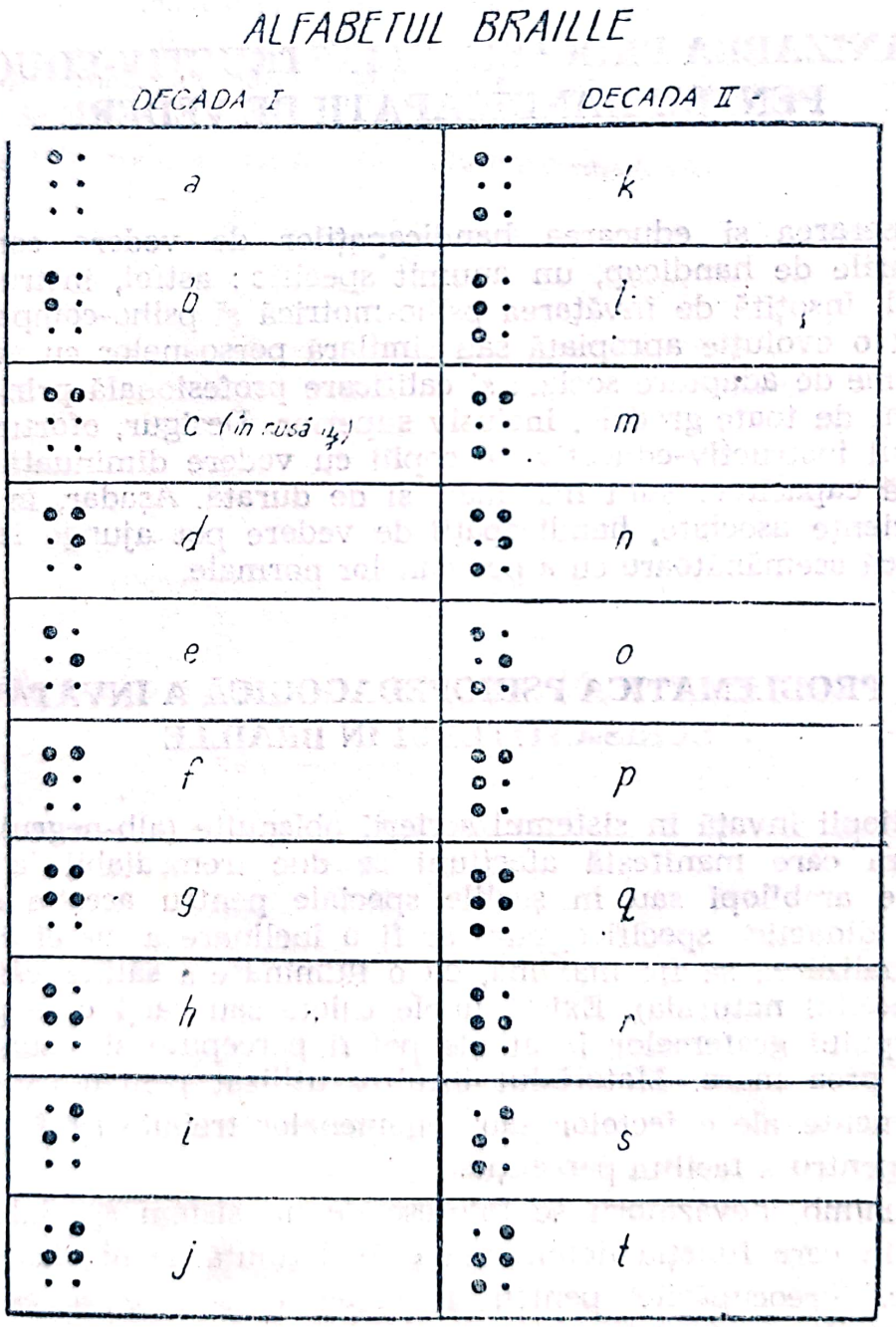


Fig. 4. a, b, c, d. Alfabetul Braille

SEMNELE DE PUNCTUAȚIE

⠂	,	⠦	„ (ghilimele pentru închidere)
⠆	;	⠄	Apostrof, abreviație, dialog
⠒	:	⠤	— (liniară)
⠢		⠊	i
⠦	?	⠎	§ (paragraf sau ò)
⠖	!	⠵	æ
⠶	( )	⠼	Semn de număr
⠦	„ (ghilimele pentru deschidere)	⠠	Majusculă
⠲	*	⠄⠄⠄	Puncte de suspensie

CIFRELE ȘI SEMNELE MATEMATICE

⠁	1 (a)	⠖	+
⠃	2 (b)	⠤	−
⠉	3 (c)	⠦	×
⠙	4 (d)	⠒	:
⠑	5 (e)	⠶	∶∶
⠋	6 (f)	⠌	/
⠛	7 (g)	⠶	=
⠓	8 (h)	⠂	>
⠊	9 (i)	⠐	<
⠚	0 (j)	⠩	√

Scanned with OKEN Scanner

DECADA III	DECADA IV
u	â (în rom ă)
v	ê
x	î
y	ô
z	û (în rusă щ) (în rom ș)
ç(ș)	ë (în rusă э)
é	ï
à	ü (în rusă ю)
è (în rusă ь)	sc, oe (în rom ț)
ò	w (în rusă б (v))

Aducând îmbunătățiri sistemului său, L. Braille a sesizat 64 de combinații posibile prin schimbarea poziției celor 6 puncte ajungând la alcătuirea unui alfabet punctiform, în relief cu 64 semne. Acest alfabet creează aceleași posibilități de exprimare grafică cu cel din alb-negru, ceea ce contribuie la realizarea unui sistem unitar de reprezentare, iar imaginea tiflografică permite o legătură nemijlocită între cuvânt și imaginea concretă a obiectului, facilitând conceptualizarea. La însușirea scris-cititului Braille participă 4 analizatori de bază : auditiv, verbo-kinestezic, tactil și kinestezic. Pe baza analizatorului auditiv se realizează discriminarea fonetică și învățarea emiterii corecte a sunetelor, iar prin cel verbo-kinestezic se poate descompune cuvântul în foneme și înțelegerea lui ca unitate semantică, ceea ce permite transpunerea în scris, sub formă de grafeme cu ajutorul analizatorilor tactil și kinestezic. Dar în ansamblu se manifestă funcționarea unitară a analizatorilor.

Alfabetul, semnele de punctuație, cifrele etc. se realizează în sistemul Braille prin combinarea a șase puncte. Fiecare celulă a plăcii de scris conține aceste șase puncte dispuse câte trei în două coloane paralele. Vom numerota aceste puncte astfel : punctul unu — cel din dreapta

sus, punctul doi — cel din dreapta mijloc, punctul trei — cel din dreapta jos, punctul patru — cel din stânga sus, punctul cinci — cel din stânga mijloc, punctul șase — cel din stânga jos.

Alfabetul Braille este alcătuit pe principiul decadelor.

Decada I cuprinde următoarele litere : a, b, c, d, e, f, g, h, i, j. Aceste litere se realizează din combinarea punctelor 1, 2, 4, 5 după cum urmează : a — punctul 1 ; b — punctele 1 și 2 ; c — punctele 1 și 4 ; d — punctele 1, 4 și 5 ; e — punctele 1 și 5 ; f — punctele 1, 2, 4 ; g — punctele 1, 2, 4, 5 ; h — punctele 1, 2, 5 ; i — punctele 2, 4 ; j — punctele 2, 4, 5.

Pentru facilitarea realizării de către cititorul în alb-negru a felului în care sunt dispuse punctele ce intră în alcătuirea fiecărei litere Braille, am considerat necesară prezența unui grup fundamental în stânga eșantionului de scriere punctiformă pe care l-am dat mai sus.

Decada a II-a cuprinde literele k, l, m, n, o, p, q, r, s, t formate din literele primei decade prin adăugarea punctului 3 :
a + punctul 3 = k ; b + punctul 3 = l ; c + punctul 3 = m și așa mai departe.

Decada a III-a cuprinde literele u, v, x, y, z (restul de cinci semne ce alcătuiesc decada nu sunt folosite în alfabetul Braille românesc). Aceste grafeme se obțin prin adăugarea punctelor 3 și 6 la grafemele corespunzătoare din decada I (a, b, c, d, e) după schema :
a + punctele 3 și 6 = u ; b + punctele 3 și 6 = v ; ș.a.m.d. sau, raportându-le la decada a II-a, ele derivă din literele corespunzătoare ale acestei decade (k, l, m, n, o) prin adăugarea punctului 6, conform schemei ; k + punctul 6 = u ; l + punctul 6 = v, ș.a.m.d.

Decada a IV-a cuprinde în alfabetul Braille românesc literele ă, â, î, ș, ț, w, care se formează prin adăugarea punctului 6 la semnele corespunzătoare din decada I (a, b, c, e, i, j), după schema : a + punctul 6 = ă etc. sau raportându-le la decada anterioară, prin omiterea punctului 3 de la semnele corespunzătoare decadei a III-a (u, v, x, z, ultimele două semne ale decadei) și anume : u minus punctul 3 = ă etc.
— Marcarea majusculelor se face printr-un semn particular format din punctele 4 și 6 care preced litera respectivă.
— Pentru scrierea cifrelor de la 1 la 10 se folosesc semnele primei decade și fiecare semn este precedat de un semn particular format din punctele 3, 4, 5, 6.

În scrierea Braille, litera scrisă nu este similară cu litera citită (ca în scrierea alb-negru) deoarece aceasta este opusul imaginii literei scrise. Pentru a facilita scrierea în Braille se folosește o plăcuță cu căsuțe în care se pot înțepa (cu punctatorul) unul sau toate cele 6 puncte, iar litera apare pe partea opusă a hârtiei înțepate (carton sau hârtie cerată). Rezultă că scrierea în Braille se realizează de la dreapta la stânga, astfel încât semnul punctat și care formează litera să poată fi citit de la stânga la dreapta, prin întoarcerea foii.

Scrierea în Braille se realizează pe verticalitate, iar prin trecerea punctatorului dintr-o căsuță în alta a plăcii de scris accentuează caracterul de discontinuitate și de efort al mâinii pentru realizarea grafemelor. Rolul principal, în această formă de scriere, îl are mâna care utilizează punctatorul (de obicei mâna dreaptă) în timp ce mâna stângă urmează mișcările mâinii drepte și identifică, la întoarcere, rândul ce urmează. Citirea se produce prin analizatorul tactil și kinestezic al mâi-

Scanned with OKEN Scanner

nii drepte care realizează perceperea literelor cu policile degetelor, iar mâna stângă îndeplinește rolul de control.

Sporirea vitezei de scris ca și de citit se bazează pe exercițiu, pe păstrarea senisbilității tactile și pe calitățile hârtiei de scris. Se înțelege că volumul hârtiei de scris este mai mare decât foaia obișnuită alb-negru atât datorită grosimii, cât și spațiilor mai largi dintre grafeme.

Bibliotecile în Braille conțin lucrări din toate domeniile științei și artei, elaborate cu ajutorul unor mașini și tipografii speciale.

În aceste condiții, *limbajul, în ansamblul său, devine modalitate instrumentală de compensare a handicapului și influențează favorabil dezvoltarea psihică, asigurând, în același timp, recuperarea naturală a subsistemului psihic aflat în stare critică.* În felul acesta se deschide o nouă cale a accesului la cultură și se realizează, prin intermediul limbajului, un contact complex cu lumea înconjurătoare.

2. DEZVOLTAREA FUNCȚIILOR DE ORIENTARE SPAȚIALĂ ȘI ÎN TIMP LA HANDICAPAȚII DE VEDERE

Pierderea vederii sau diminuarea ei accentuată are o serie de implicații și asupra comportamentului, a modului în care subiectul handicapat se relaționează cu cei din jur, reușește să aprecieze spațiul și timpul, să se orienteze în mediul de viață. El este nevoit să-și restructureze schemele de cunoaștere, bazându-se pe analizatorul auditiv și tactil kinestezic, fapt ce dă o notă specifică orientării spațiale în funcție de o serie de factori care nu prezintă o importanță semnificativă pentru omul normal. Astfel, prin compensare se dezvoltă armonia mișcărilor și sensibilizarea față de unii stimuli, cum ar fi mișcarea aerului în spațiile largi sau în intersecția unor străzi, perceperea unor zgomote și a unor mirosuri prin apropierea de obiecte sau obstacole etc. Cu toate acestea, libertatea de mișcare în deplasarea handicapatului este redusă și se creează o situație de dependență față de unii factori (W. Roth). În vederea eliminării unor dereglări de orientare spațială, handicapatul adoptă un sistem de referințe prin luarea în considerație a unor însușiri spațiale sau obiectuale ce acționează asupra sa atât în planul perceptiv și al reprezentării, cât și în cel al gândirii, prin evocarea unor relații cauzale și de semnificație acordate diferitelor elemente.

În aprecierea orientării spațiale și a comportamentelor adaptative este necesar să se țină seama de *spațiul apropiat*, de obicei localizat la nivelul întinderii de mână, de *spațiul mijlociu*, până la întinderea unei lungimi de baston, și de *spațiul îndepărtat*, perceput prin deplasare și mișcare amplă. După felul în care subiectul realizează orientarea în aceste forme de spațiu se apreciază capacitatea de percepere a însușirilor spațiale ale obiectelor, dispunerea acestora în spațiu față de poziția proprie, păstrarea și restabilirea unei anumite poziții în spațiu, orientarea deplasării în raport cu diferitele repere din mediu. Cu siguranță, orientarea în spațiu presupune și cunoașterea caracteristicilor obiectelor, a elementelor în care se deplasează, cunoaștere cu atât mai complexă cu cât intervin mai mulți analizatori ce determină senzații variate : tactile, kinestezice, auditive, labirintice, olfactive, proprioceptive etc. La aceasta se adaugă particularitățile dezvoltării psihice și experiența individului, care

Scanned with OKEN Scanner

se concretizează în capacitatea de interpretare, de corelare și ierarhizare a informațiilor primite.

Impresionați de modul cum se orientează în spațiu handicapații de vedere, de localizarea unor obstacole și de perceperea unor caracteristici ale unor obiecte și fenomene, o serie de specialiști au încercat să explice aceste fenomene prin existența unui simț în plus (cel de al șaselea simț) ce ar fi caracteristic pentru nevăzători. În realitate, este vorba de o dezvoltare remarcabilă a analizatorilor sănătoși și de o antrenare a acestora printr-un activism și o motivație corespunzătoare care le facilitează adaptarea la condiții de mediu. În acest sens, impresionează dezvoltarea psihică a unor subiecți cu dublu handicap, orb-surdomut la care mecanismele compensatorii devin extrem de complexe.

Dereglările posibile ale orientării spațiale se pot datora unor factori individuali, cum sunt oboseala, slaba capacitate de concentrare a atenției, diminuarea auzului, a tactului, a kinesteziei, slaba experiență personală, teama, slabul interes sau a unor factori extraindividuali ce se manifestă prin apariția unor condiții mai puțin obișnuite, cum sunt zgomotele puternice și variate, dimensiunile reduse sau exagerate ale obiectelor, plasarea unor obstacole în locuri mai neobișnuite și altele. De obicei, aceste condiții nefavorabile nu se înlătură prin folosirea câinilor însoțitori sau prin deplasări frecvente cu persoane normale ci, dimpotrivă, accentuează dependența handicapului de alți factori conjuncturali. Soluția este aceea a mobilității și a stimulării dorinței de cunoaștere, de mișcare, de dezvoltare a curajului și de stimulare a întregii activități psihice.

3. SPECIFICUL INTEGRĂRII SOCIO-PROFESIONALE

Handicapații de vedere sunt considerați ca „oameni ai ordinii", datorită faptului că apare necesitatea așezării și păstrării obiectelor în locuri bine delimitate pentru a putea fi ușor găsite. Ei sunt, totodată, disciplinați și manifestă un autocontrol față de comportamentele proprii în vederea realizării unei corelări cât mai adecvate cu cei din jur. Programele de recuperare trebuie să țină seama de aceste caracteristici, ca și dezvoltarea altora prin includerea copilului în aceste activități cât mai de timpuriu și care să țină seama de caracteristicile individuale și să continue pe toată durata vieții individului.

În literatura de specialitate se manifestă, în prezent, două direcții principale legate de condițiile și rolul educării — recuperării handicapaților de vedere. Prima direcție, mai veche, postulează ideea că handicapații de vedere trebuie educați, instruiți, pregătiți pentru viața social-profesională în instituții sau în clase speciale pentru a putea crea și aplica o metodologie specifică impusă de structurile psiho-fizice ale subiecților respectivi. Integrarea în viața socială și profesională se va produce treptat, pe măsura realizării obiectivelor recuperatorii.

Cea de a doua direcție susține ideea de „normalizare" și a caracterului „integrationist", ceea ce înseamnă că pregătirea, școlarizarea handicapatului să se efectueze paralel și în colective de subiecți normali, considerându-se astfel că se asigură, de la început, o mai bună integrare în viața social-profesională.

Scanned with OKEN Scanner

Desigur, se aduc argumente pro și contra, atât pentru o direcție, cât și pentru cealaltă, dar cert este că trebuie create condiții speciale pentru realizarea obiectivelor recuperatorii. La noi în țară, handicapații de vedere sunt educați și școlarizați în unități speciale ; sunt pregătiți în școli profesionale și licee și pot urma o instituție de învățământ superior la fel ca orice persoană normală. Rezultatele obținute sunt edificatoare pentru formarea personalității și integrarea social-profesională a subiecților. În acest sens, subliniem performanțele obținute de unii handicapați pregătiți prin școli profesionale sau medii tehnice în profesii ca : masori, asistenți medicali, prelucrători mobilă, telefoniști, radiofoniști, acordori instrumente muzicale, confecționeri de perii, obiecte din nuiele, mături, nasturi, ambalaje cartonate, tapițerie etc. Dar și mai edificatoare sunt performanțele celor care au o pregătire universitară și care s-au afirmat ca matematicieni, fizicieni, dascăli cu reale calități psiho-pedagogice.

TEME DE CONTROL

1. Comparați metodologia învățării scris-cititului în Braille cu aceea a însușirii scrisului în alb-negru.
2. Analizați caracteristicile comportamentale în orientarea spațială a handicapaților de vedere.
3. Subliniați condițiile integrării și adaptării socio-profesionale ale handicapaților de vedere.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul X

HANDICAPURILE DE LIMBAJ

Logopedia, ca ştiinţă, s-a constituit atât din raţiuni practice, cât şi teoretice, făcând posibilă sintetizarea cunoştinţelor despre limbaj şi formulând metodologia specifică educării limbajului tulburat. Logopedia nu este singura ştiinţă care abordează problematica limbajului şi comunicării, dar fiecare o realizează din perspectiva specificului ei, mai mult sau mai puţin unilateral, fără să-şi propună o analiză integrală a fenomenului „limbaj". Cu atât mai mult, nu urmăresc să formuleze legi ori metode de corectare a limbajului handicapat.

Logopedia este, pe de o parte, o disciplină psihopedagogică teoretică, izvorâtă din necesitatea de a elucida complexele probleme ale limbajului, ce are un rol deosebit de important în viaţa psihică şi în structurarea personalităţii fiecărui individ, iar pe de altă parte, o disciplină cu un pronunţat caracter practic ce vizează educarea limbajului handicapat, optimizarea comunicării, înţelegerii şi restabilirii relaţiilor specific umane. Constituirea ei a fost posibilă ca urmare a progreselor realizate în domeniul ştiinţelor psihologice şi pedagogice, dar şi în cel al medicinei, fiziologiei, lingvisticii etc.

1. CONSTITUIREA LOGOPEDIEI CA ŞTIINŢĂ

Etimologic, cuvântul logopedie vine de la grecescul „logos", care înseamnă cuvânt şi „paideia", care înseamnă educaţie. În acest sens restrâns, logopedia se ocupă de educaţia vorbirii, iar în sens extins, de studierea şi dezvoltarea limbajului, de prevenirea şi corectarea tulburărilor de limbaj. Din câte se ştie, primul care a utilizat termenul de logopedie a fost filosoful Socrate (436—388 î.e.n.), dar se reţine accepţiunea modernă a termenului pe care a adoptat-o Emil Fröschels (1909).

Ca toate celelalte ştiinţe, ce se sprijină pe datele acumulate în domeniile apropiate, şi logopedia asimilează o serie de informaţii din psihologie şi în primul rând din psihologia limbajului, surdopsihologie, oligofrenopsihologie, tiflopsihologie, psihologie medicală şi psihopatologie,

Scanned with OKEN Scanner

psihofiziologie și neuropsihologie, psiholingvistică, lingvistică etc. Practica logopedică implică cunoașterea particularităților psihologce ale formării și evoluției limbajului, caracteristicile psihopedagogice ale dezvoltării psihismului și activității educative cu diferite categorii de handicapați, implicațiile deprivării senzoriale și mentale asupra psihicului, structura și organizarea aparatului fonoarticular, poziția și forma corectă în emisia verbală, regulile gramaticale și stilistice ale elaborării scris-cititului ș.a. La rândul său, logopedia pune la dispoziția acestor științe informații utile cu privire la prevenirea, formarea și corectarea limbajului tulburat, teoretizată pe baza activității concrete și îmbogățește metodologia de formare a vorbirii, de stimulare a înțelegerii comunicării și de dezvoltare a personalității armonioase.

Preocupările legate de formarea vorbirii coerente și înlăturarea unor eventuale handicapuri au preocupat pe oameni de foarte multă vreme. Spre exemplu, grecii antici aveau un cult deosebit pentru vorbire și oratorie. Se credea în arta de a vorbi frumos, cursiv și cât mai pe înțelesul auditorului, ceea ce a ridicat vorbirea la un rang de cinste, asigurând oratorului o poziție socială favorabilă. Operele lui Plutarh, Herodot, Heraclit, Platon, Aristotel, Hiprocat conțin considerații interesante cu privire la preocupările societății antice de a forma și dezvolta, la toți membrii ei, o vorbire cât mai agreabilă și mai eficientă. Descrierea pe care o face Plutarh, în *„Vieți paralele"*, lui Demostene ilustrează strălucit posibilitățile de modelare a vorbirii sub influența unor exerciții și a psihoterapiei. Rezultă că Demostene suferea de o bâlbâială accentuată, cu implicații în planul interior, marcându-l ca timid, centrat pe sine, necomunicativ, dar prin voință și exerciții sistematice de dezvoltare a vorbirii ajunge nu numai să scape de handicapul respectiv, dar și să-și transforme întreaga personalitate, devenind marele orator al antichității.

Aceeași prețuire a vorbirii o găsim, mai târziu, la romani prin glasul lui Cicero care în lucrarea *„De oratore"* scrie : „dacă nu depinde de noi să avem un glas frumos, de noi depinde să-l cultivăm și să-l fortificăm, să studiem toate treptele de la sunetele grave până la cele mai înalte". Ulterior, în evul mediu, cu toate oprimările la care este supusă știința, se evidențiază unele idei pozitive. Astfel, în *„Canonul medicinii"*, Aviceena notează o serie de exerciții utilizate în scopul reglării respirației și vocii ce sunt adoptate, și în prezent, în corectarea bâlbâielii.

Progresele din secolele XVIII—XIX cunoscute în toate domeniile, și în special marele avânt al științelor naturii, a stimulat dezvoltarea unor noi domenii de activitate și conturarea altor discipline ce s-au desprins din corpul științelor fundamentale. Lucrările de logopedie sunt tot mai frecvente, și crește interesul pentru corectarea handicapurilor de limbaj.

În țara noastră, o cronică din 1835 vorbește de vindecarea gângăviei, dar practica logopedică s-a legiferat mult mai târziu, în 1949 și apoi în 1957. Mai întâi iau ființă cabinetele logopedice în policlinici și în unele spitale, iar apoi centrele logopedice interșcolare și cabinetele din unitățile speciale pentru handicapați.

Constituită pe deplin ca știință în prima decadă a secolului al XX-lea, logopedia își delimitează domeniul față de foniatrie, termen apărut în unele clinici (O.R.L.) din nevoia preocupărilor față de tulburările de voce. Astfel, unii specialiști consideră că foniatria are ca domeniu aparte întreținerea organelor fonatoare și patologia vocală, iar alții ca

Scanned with OKEN Scanner

pe o specializare a logopediei. În prezent, sfera logopediei se extinde asupra tuturor tulburărilor de limbaj și a studiului comunicării în cadrul relațiilor interumane de dezvoltare a personalității.

2. IMPORTANȚA TEORETICĂ ȘI PRACTICĂ A LOGOPEDIEI

În condițiile contemporane se manifestă o exigență tot mai mare față de modalitățile de înțelegere, recepționare și comunicare pentru adaptarea și integrarea persoanelor în mediu social. Însuși procesul instructiv-educativ impune cu necesitate formarea și dezvoltarea unor capacități verbale care să faciliteze învățarea și accesul la cultură, a deprinderilor de comunicare optimă și eficientă.

Așadar logopedia are, prin excelență, un caracter aplicativ : de prevenirea și înlăturarea tulburărilor de limbaj în vederea dezvoltării psihice generale a persoanei, de a stabili sau restabili relațiile cu semenii săi, de a facilita inserția în colectiv, de a se forma și dezvolta pe măsura disponibilităților sale. Activitatea logopedică este centrată, în special asupra copiilor nu numai datorită frecvenței mai mari a handicapurilor de limbaj, dar și pentru faptul că la aceștia vorbirea este în continuă structurare și dezvoltare, iar dereglările apărute au tendința, ca o dată cu trecerea timpului, să se consolideze și agraveze sub forma unor deprinderi deficitare, ceea ce necesită un efort mai mare pentru corectarea lor.

Logopedia are în primul rând un scop educativ ; ea contribuie la formarea omului, îl ajută pe copil să depășească dificultățile școlare și de adaptare. Din aceeași perspectivă sunt, în egală măsură, semnificative demersurile pentru prevenirea handicapurilor de limbaj și terapia lor. Vârstele preșcolară și școlară mică sunt cele mai favorabile pentru o acțiune logopedică eficace. Desigur că handicapurile limbajului pot și trebuie să fie corectate și la vârstele adulte, mai cu seamă că ele duc la dezadaptabilități sociale, la tulburări de personalitate și pot perturba poziția socială a persoanei.

Din punct de vedere teoretic, logopedia acumulează un bogat material informativ cu privire la psihologia limbajului și pedagogia curativă, material obținut prin decelarea unor variabile de tipul experimentului natural provocat de situația critică a logopatului.

Pe baza semnificațiilor teoretice și practice, obiectivele logopediei se pot grupa astfel :

a) studierea și asigurarea unui climat favorabil al dezvoltării și stimulării comunicării ; b) prevenirea cauzelor care pot determina handicapurile de limbaj ; c) studierea simptomatologiei handicapurilor de limbaj și a metodelor și procedeelor adecvate corectării lor ; d) cunoașterea și prevenirea efectelor negative ale handicapurilor asupra comportamentului și personalității logopatului ; e) elaborarea unei metodologii de diagnoză și prognoză diferențiată în logopedie ; f) popularizarea științei logopedice și pregătirea familiei și a școlii pentru a manifesta înțelegere și sprijin față de logopat ; g) formarea unor specialiști logopezi cu o pregătire psiho-pedagogică, teoretică și practic-aplicativă care să stăpânească terapia handicapurilor de limbaj ; h) studierea și cunoașterea diferitelor aspecte ale deficiențelor senzoriale și mintale ce influențează constituirea structurilor limbajului ; i) optimizarea activității logopedice

Scanned with OKEN Scanner

atât pentru terapia handicapurilor de limbaj, cât și pentru evitarea eșecurilor școlare și comportamentale ; j) depistarea populației cu deficiențe de limbaj, începând cu vârsta preșcolară și organizarea activității pentru prevenirea și recuperarea handicapurilor de limbaj.

3. ETIOLOGIA ȘI CLASIFICAREA HANDICAPURILOR DE LIMBAJ

Asupra individului uman acționează o multitudine de factori dintre care unii sunt nocivi. Aceștia pot influența negativ dezvoltarea sa. Dar organismul are o anumită rezistență ce îi permite o evoluție normală și numai în anumite condiții acești factori determină dereglări psihice. În acest context, analizăm principalele categorii de factori care pot influența negativ dezvoltarea limbajului. De aici rezultă necesitatea cunoașterii unor asemenea cauze nu numai pentru a le preveni, dar și pentru adoptarea unei metodologii științifice în stabilirea diagnosticului diferențial și a modalităților de corectare a limbajului handicapat. În același timp, subliniem faptul că nu totdeauna se pot stabili, cu exactitate, cauzele care au provocat un handicap sau altul de limbaj și că de cele mai multe ori la baza unei dereglări sau nedezvoltări normale se află un complex de cauze. Prin urmare, handicapurile de limbaj apar prin acțiunea unor procese complexe în perioada intrauterină a dezvoltării fătului, în timpul nașterii sau după naștere.

Dintre cauzele care pot acționa în timpul sarcinii cităm : diferitele intoxicații și infecții, bolile infecțioase ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, carențele nutritive, traumele mecanice, care lezează fizic organismul fătului, traumele psihice suferite de gravidă începând cu neacceptarea psihică a sarcinii și terminând cu trăirea unor stressuri, frământările interioare, spaime care își pun pectetea asupra dezvoltării normale a fătului ș.a. Din categoria cauzelor care acționează în timpul nașterii menționăm : nașterile grele și prelungite, care duc la leziuni ale sistemului nervos central, asfixiile, ce pot determina hemoragii la nivelul scoarței cerebrale, diferitele traume fizice ș.a. În fine, a treia categorie o constituie cauzele care acționează după naștere ; ele alcătuiesc grupa cea mai mare. Acestea pot fi împărțite în patru categorii :

a) cauze organice care pot fi de natură centrală sau periferică. Ne referim la diferitele traumatisme mecanice care influențează negativ dezvoltarea sistemului nervos central sau afectează nemijlocit auzul și organele fonoarticulatorii. În cazul unor leziuni la nivelul sistemului nervos central se pot produce, printre alte tulburări, handicapuri de limbaj ce au o mare varietate. Cu cât zona lezată este mai întinsă sau mai profundă, cu atât tulburările sunt mai complexe, deoarece sunt atinși mai mulți centri corticali responsabili pentru diferite funcții psihice. Așa, spre exemplu, lezarea timpanului împiedică recepția corectă a limbajului și emiterea normală a vorbirii, iar anomaliile dento-maxilo-faciale nu permit o participare sincronizată a tuturor elementelor implicate în procesul vorbirii. O asemenea situație se produce și în prognatism și progenie ca și în macroglosie sau microglosie. O anumită frecvență o au infecțiile și intoxicațiile cu substanțe chimice, medicamentoase, cu alcool, care pot afecta organic sau funcțional mecanismele neurofiziologice ale limbajului. Și unele boli ale primei copilării, ca meningita, encefa-

Scanned with OKEN Scanner

lita, scarlatina, rujeola, pojarul etc. pot determina handicapuri de limbaj atât pe cale centrală, cât și periferică.

b) *cauze funcționale*. Ca urmare a acestor categorii de cauze se vor produce tulburări ale limbajului care privesc aât sfera senzorială (receptoare), cât și cea motorie (efectoare). Cauzele funcționale pot afecta oricare din componentele pronunțării : expirație, fonație, articulație. Astfel, apar dereglări ale proceselor de excitație și inhibiție, de nutriție la nivelul cortexului, insuficiențe funcționale la nivelul sistemului nervos central, insuficiențe ale auzului fonematic care, toate sunt dificile de evidențiat, dar au implicații nemijlocite asupra evoluției limbajului.

c) *cauze psiho-neurologice* ce influențează, mai ales, pe acei subiecți care, congenital, au o construcție anatomo-fiziologică cu implicații patologice. Asemenea cauze se întâlnesc la subiecții cu handicap mintal, la alienații mintal, la cei cu tulburări de memorie și de atenție, la cei cu tulburări ale reprezentărilor optice și acustice. Din această categorie fac parte și subiecții care manifestă neîncredere exagerată în posibilitățile proprii, timiditatea excesivă ca și supraaprecierea propriei persoane sau infatuarea ce marchează negativ structurarea personalității și a limbajului.

d) *cauze psiho-sociale*. Deși în literatura de specialitate se insistă mai puțin asupra lor, acestea nu sunt lipsite de importanță ; la o analiză mai atentă vom constata că ele au o frecvență relativ mare, iar efectele lor negative împietează nu numai asupra dezvoltării limbajului, ci și asupra întregii dezvoltări psihice a omului. Din această categorie fac parte unele metode greșite în educație (iatrogeniile și didactogeniile), slaba stimulare a vorbirii în ontogeneza timpurie, încurajarea copilului mic în folosirea unei vorbiri incorecte pentru amuzamentul părinților (adulților), toate conducând la formarea unor obișnuințe deficitare, imitarea unor modele cu o vorbire incorectă în perioada constituirii limbajului, trăirea unor stări conflictuale, stresante, suprasolicitările, care favorizează oboseala excesivă (fenomenele de bilingvism apărute prin obligarea copilului să învețe o limbă străină înainte de a-și forma deprinderile necesare în limba maternă) ș.a.

În logopedie există mai multe tipuri de clasificări ale tulburărilor de limbaj. Aceste clasificări sunt efectuate în funcție de o serie de criterii cum sunt cel etiologic, lingvistic, morfologic și simptomatologic. Dar considerarea unui singur criteriu nu permite decât o clasificare unilaterală care vizează numai parțial natura și varietatea handicapurilor de limbaj. Astfel de clasificări sunt echivoce și nu cuprind toate categoriile limbajului deteriorat.

Ni se pare mult mai adecvată o clasificare care să țină seamă de mai multe criterii, în același timp : anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic și psihologic. O astfel de clasificare elaborată de E. Verza s-a impus în literatura de specialitate și ea se rezumă la următoarele categorii :

1. tulburări de pronunție (dislalie, rinolalie, dizartrie) ;
2. tulburări de ritm și fluență a vorbirii (bâlbâială, logonevroză, tahilalie, bradilalie, aftonagie, tulburări pe bază de coree) ;
3. tulburări de voce (afonie, disfonie, fonastenie) ;
4. tulburări ale limbajului citit-scris (dislaxie-alexie și disgrafie-agrafie) ;
5. tulburări polimorfe (afazie și alalie) ;

Scanned with OKEN Scanner

6. tulburări de dezvoltare a limbajului (mutism psihogen, electiv sau voluntar, retard sau întârziere în dezvoltarea generală a vorbirii);

7. tulburări ale limbajului, bazat pe disfuncțiile psihice (dislogii, ecolalii, jargonofazii, bradifazii ș.a.).

O asemenea clasificare este importantă nu numai pentru activitatea de cunoaștere și terapie logopedică, dar și pentru diagnoza tulburărilor de limbaj. În activitatea de corectare, diagnosticul diferențial corect facilitează stabilirea metodologiei de lucru și fixarea cadrului general de recuperare. Prognoza se realizează în raport de diagnosticul diferențial, de particularitățile psihice ale persoanei, de vârstă și sex. Există și situații când apar dificultățile în stabilirea diagnosticului diferențial, dat fiind faptul că unele forme ale handicapurilor de limbaj se pot confunda cu altele. Așa ,spre exemplu, manifestările vorbirii alalicului pot fi confundate cu cele ale vorbirii unor handicapați de intelect sever, cu lipsa de vorbire a surdo-muților, cu vorbirea dizartricilor, a afazicilor și a celor cu mutism psihogen. Pentru a evita aceste confuzii, investigațiile trebuie să continue pe direcția examenului psihologic și a altor explorări pe care le consideră necesare specialistul în logopedie.

4. COMUNICARE ȘI INTELECT

Comunicarea se dezvoltă în corelație cu celelalte funcții psihice, deoarece întreaga activitate psihică constituie un tot unitar prin care se realizează interacțiunea individului cu mediul înconjurător. Orice progres sau regres, în evoluția comunicării (verbale mai ales), stimulează dezvoltarea celorlalte funcții psihice și respectiv limitează armonia de la nivelul operaționalității intelectului. În aprecierea comunicării verbale sunt două caracteristici ce trebuie luate în considerație. Prima se referă la capacitatea subiectului de a înțelege ce i se comunică și ea este „competența" psiholingvistică, iar cea de a doua constă în capacitatea de a utiliza cuvinte și poartă denumirea de „performanță" (după expresia lui N. Chomsky). La copil, înțelegerea limbajului este mai dezvoltată decât posibilitatea de a emite unități lingvistice închegate. Cu cât copilul este mai mic cu atât este mai mare distanța psihologică dintre aceste două capacități. O asemenea „distanță" exprimă spațiul psihologic dintre limbajul pasiv și cel activ care tinde să se reducă pe măsură ce se dezvoltă intelectual și se acumulează experiență comunicațională.

Încă din copilăria mică, odată cu dezvoltarea comunicării verbale, limbajul îndeplinește tot mai activ funcția de organizare a activității psihice. Prin formarea vorbirii contextuale și creșterea volumului vocabularului se exprimă mai bine coerența, logica ideilor și se structurează operaționalitatea la nivelul intelectului, de pe urma cărora beneficiază procesele superioare ale cogniției. Bogăția vocabularului și experiența verbală facilitează utilizarea propozițiilor cu o structură mai complexă și cu semnificații diverse. În această etapă, copilul are posibilitatea să transfere cuvintele și la situațiile la care nu au mai fost folosite sau chiar să creeze noi cuvinte atunci când, într-un context dat, nu găsește imediat corespondentul verbal ce dorește să-l exprime. Un salt calitativ și cantitativ îl realizează copilul odată cu intrarea în școală deoarece aici își dezvoltă vorbirea literară și capacitatea de a discuta

Scanned with OKEN Scanner

contradictoriu. Un rol deosebit îl are învățarea scris-cititului care contribuie la organizarea intereselor intelectuale și la stimularea dinamicii proceselor psihice. Prin diversificarea formelor de exprimare orală și scrisă se pun în evidență și aspectele legate de creșterea volumului vocabularului, de procesul înțelegerii și al asimilării informațiilor în care transpar operațiile gândirii ce vehiculează cuvinte, denumiri, concepte și valorizarea trăsăturilor intelectului. Astfel, se formează nu numai un stil personal al vehiculării ideilor, dar și un specific al rezolvării problemelor, al valorificării trăsăturilor intelectului. Sunt implicați, în egală măsură, factorii sociali și cei psihologici care contribuie la formarea compartimentelor verbale și a motivației ce contribuie la dezvoltarea adaptării și la dobândirea de experiențe noi. Gesturile, mimica și pantomimica întregesc capacitățile de exprimare, dar reflectă, în același timp, nivelul de dezvoltare al funcțiilor psihice superioare.

Calitatea intelectului nu presupune excesul de verbalism, de comunicare ci o bogăție de idei exprimate prin cuvinte puține și printr-un limbaj accesibil, încărcat de sensuri și de semnificații multiple. Tocmai după aceste calități se poate aprecia și personalitatea subiectului în care însușirile intelectului și ale comunicării ocupă un loc central. Capacitatea de a comunica (ca expresie și impresie) exprimă aceste structuri și totodată acomodarea subiectului la situația concretă, la problematica pusă în discuție și la caracteristicile interlocutorilor. Eventualele dereglaje se pot datora slabelor însușiri ale intelectului și dezechilibrelor (tulburărilor) din planul limbajului. Aceste dereglaje sunt mai profunde cu cât sunt mai grave tulburările de limbaj sau cu cât sunt mai afectate calitățile intelectului. Pe măsură ce aceste situații „critice" sunt înlăturate sau se obțin stimulări în dezvoltarea acestora se realizează progrese evidente pe linia comunicării și adaptării subiectului la împrejurările vieții.

Din punct de vedere psihologic, evoluția comunicării și a intelectului este asemănătoare cunoașterii umane, este influențată de aceasta și constituie, la rândul ei, mijloc de realizare și de propulsare a achizițiilor pe acest plan. Nenumăratele posibilități combinatorii pe care le realizează subiectul în planul cunoașterii denotă varietatea comunicării și calitățile operațiilor mentale. Odată cu înaintarea în vârstă a copilului comunicarea devine tot mai riguroasă, procesele intelectuale tot mai organizate și ierarhizate, imprimă un stil propriu în comportamentele cognitive. Prin conștientizarea momentelor comunicării, a efectelor acesteia asupra auditoriului și a înțelegerii exacte a semnificațiilor ce sunt vehiculate prin unitățile verbale folosite se dezvoltă abilitățile intelectuale și cele de adaptare la contextul dat.

Trebuie remarcat că prin comunicare sunt exprimate nu numai componentele ce țin de intelect, ci și cele legate de afectivitate, voință, motivație, temperament etc., ceea ce exprimă complexitatea procesului, complexitate cu caracteristici mai deosebite în raport de nivelul de intelectualizare, reprezentat în cadrul psihologvistic. Ca urmare a perfecționării comunicării, se realizează o desprindere de situații concrete și o încadrare tot mai evidentă în contextul larg al comunicării prin punerea în evidență a sistemelor semantice, fenomen specific pentru buna organizare a limbii. Așa se explică că progresul limbii privește conți-

Scanned with OKEN Scanner

nutul convențional, reorganizarea unităților reprezentate prin simplificarea semnelor și stabilirea echivalenței dintre unitățile exprimate oral și cele exprimate în scris.

Deși vorbirea orală este strâns legată de cea scrisă și, practic, se condiționează reciproc, în unele situații se pot produce decalaje între acestea. Când se înregistrează progrese la nivelul unei forme, influențele sunt pozitive și-n cealaltă formă, dar și când se produc decalaje la nivelul unui comportament, acestea afectează, în ansamblu, comunicarea. Vorbitul, scrisul și cititul evoluează împreună și sunt o expresie a particularităților psihoindividuale, în care învățarea și maturizarea devin factori determinanți. Pe baza vorbirii orale se dezvoltă scrierea și citirea. De obicei, cititul precede scrisul, iar deprinderile de citire se formează mai rapid decât cele de scriere, iar componentele exercițiului sunt mai direct implicate. În comparație cu scrierea, prin manifestare, citirea poate fi apreciată ca o formă de „limbaj pasiv". Această caracteristică este numai aparentă deoarece prin exprimare subiectul manifestă un activism evident, iar prin înțelegere se realizează decodificarea celor percepute, fapt ce devine o condiție esențială și necesară pentru formarea abilităților comunicaționale. Efortul de decodificare se raportează la complexitatea textului, la încărcătura de semnificații și sensuri, la experiența și capacitatea intelectuală a subiectului.

Prin urmare, încă din perioada de debut a vieții, ființa umană se dezvoltă, se maturizează, evoluează sub influența unor condiții de natură biologică, psihologică și socială ce acționează atât transversal (pe perioade limitate de timp), cât și longitudinal (pe perioade mai lungi de timp sau pe toată durata vieții). Condițiile respective pot fi favorabile, când stimulează întreaga evoluție, și nefavorabile sau mai puțin favorabile, când determină limitele sau restricțiile pentru conturarea caracteristicilor de comunicare și ale intelectului. Pentru subiectul normal, dezvoltarea se realizează de la simplu la complex, ca urmare a faptului că fiecare acumulare este o condiție a unor achiziții superioare, iar pentru subiecții aflați în stare „critică" evoluția este încărcată de stagnări, de regrese sau de progrese limitate. Factori biologici, psihologici și sociali determină salturi calitative și cantitative de un anumit grad, în care se exprimă specificitatea ce o traversează fiecare individ. Dominarea tipului de condiție se raportează nu numai la vârsta cronologică dar și la nivelul structurilor nervoase ale individului. Modificările din palierul psihologic și social dimensionează evoluția biologică, prin susținerea acestora, sau, dimpotrivă, pot limita acțiunea structurilor potențiale. În asamblu, dezvoltarea psihică semnifică un proces continuu de transformări calitative și cantitative în care este implicat întregul palier al funcțiilor și caracteristicilor structurilor psihocomportamentale. Din acestea rezultă dezvoltarea socială cu amprenta formării unor comportamente adaptabile și a structurării tipurilor de personalitate. În cadrul acestor tipuri de personalitate se conturează seturi ale achizițiilor biologice, psihologice și sociale printr-o continuă structurare a comunicării și intelectului. Factorii ereditari, de mediu și de educație își pun pecetea asupra evoluției individului în ansamblu, a structurării formelor educaționale și a operativității intelectului în mod specific.

Scanned with OKEN Scanner

Conținutul moștenirilor genetice (genotipul) este dimensionat la perspectiva interioară și la modul de funcționare a unor particularități ale subiectului. Dar conținutul genotipului este influențat de mediu, dând naștere la fenotip, astfel încât efectele ce se manifestă se individualizează tot mai mult. Construcțiile predispoziționale sunt importante pentru adaptarea și pentru formarea caracteristicilor psihice comportamentale, inclusiv cele ale comunicării și intelectului, influențate la rândul lor de factorii de mediu. Deși ereditatea este o premisă pentru dezvoltarea psihică și socială, calitatea funcțiilor psihice, întinderea și profunzimea acestora, complexitatea și gradul de specializare trebuie raportat, în bună măsură, la determinările mediului și educației. Cu cât funcțiile psihice sunt mai complexe (gândire, inteligență, comunicare, imaginație, memorie, voință etc.) cu atât amprenta mediului și a educației mijlocește potențialitatea ereditară și organizează nemijlocit seturile formative ale acestor particularități. Ereditatea determină anumite disponibilități care se valorifică, mai mult sau mai puțin, sub influența mediului de viață al subiectului. Tocmai aceasta face ca în aprecierea eredității să se adopte ideea că ea nu poate predetermina, în afara calității mediului, evoluția omului. Dar orice mediu nu poate forma disponibilități în cazurile în care nu există de la naștere anumite condiții care să permită o anumită restructurare a modalităților morfofuncționale. Ereditatea este, așadar, implicată în modelul de structurare a caracteristicilor biologice, dar mediul și educația capătă importanță esențială în constituirea capacităților intelectuale, comunicaționale și comportamentale.

Pe baza mediului se construiesc și se restructurează modele psihologice și sociale care imprimă o anumită semnificație a devenirii umane. Mediul constituit din condițiile naturale și sociale, materiale și culturale este cel ce valorifică zestrea biologică a subiectului. Mediul este cel ce oferă situații concrete de viață, modele de învățare și experiențiale, modalități de acțiune și manifestare, ceea ce denotă stadiul evoluției psihice a subiectului. Mediul, prin complexul de factori, permite metamorfozarea și structurarea personalității în ansamblu, a comunicării și intelectului în special.

Educația, ca latură a mediului, intermediază modul organizat, conștient și dirijat de acțiune asupra subiectului, încă de la naștere, pentru valorificarea potențialului său biologic. Perspectiva psiho-socială este implicată nemijlocit în educație, în calitatea influențelor educative și pune pecetea asupra structurilor, formelor și afirmării subiectului prin comunicare și prin forța intelectului implicată în rezolvarea diferitelor probleme de adaptare.

Din această perspectivă, educatorul poate juca un rol esențial în evoluția ulterioară a copilului. El, educatorul, devine nu numai model, dar și forță în determinarea structurilor comunicării și operaționalității intelectului. Diferențele dintre copii, adeseori marcate pe aceste planuri, pot fi raportate atât la calitatea influențelor educaționale, cât și la calitatea structurilor psihice ale educatorului. În acest context, indiferent dacă acțiunile educaționale sunt spontane sau organizate, reflectă modul în care educatorul este implicat în procesul devenirii umane și dezvoltării propriilor sale capacități de a determina constituirea personalității copiilor.

Scanned with OKEN Scanner

TEME DE CONTROL

1. Arătați care sunt momentele mai importante ale constituirii logopediei ca știință.
2. În ce constă importanța teoretică și practică a logopediei ?
3. Care sunt principalele categorii etiologice ce determină handicapurile de limbaj ?
4. Evidențiați criteriile și clasificarea handicapurilor de limbaj.
5. Evidențiați importanța structurilor de comunicare și de intelect în devenirea umană.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XI

DESCRIEREA PRINCIPALELOR HANDICAPURI DE LIMBAJ

Handicapurile de limbaj pot apărea atât pe fondul intelectului normal, cât și la deficienții mintal sau senzorial când, de obicei, sunt mai profunde și mai frecvente. În cazul unor asemenea asocieri, handicapul de limbaj este o formă secundară a unui sindrom complex, dar prin existența lui accentuează dificultățile de recuperare și adaptare. De aici necesitatea de a cunoaște, chiar și succint, principalele categorii ale handicapurilor de limbaj ce se întâlnesc la vârstele preșcolară și școlară, ceea ce asigură educatorului posibilitatea de a manifesta atitudini diferențiate față de copii și de a interveni eficient în procesul recuperativ. Ca atare, nu vom descrie toate handicapurile de limbaj prezentate în clasificarea din paragraful anterior, ci numai pe cele cu o frecvență mai mare și la care educatoarea sau învățătoarea poate fi un sprijin remarcabil pentru terapia logopedică desfășurată de specialist.

1. TULBURĂRILE DE ARTICULAȚIE SAU DE PRONUNȚIE

Această categorie are frecvența cea mai mare, în special la copiii preșcolari și școlari mici. Prin existența tulburărilor respective se creează dificultăți în emiterea cuvintelor, propozițiilor și în înțelegerea celor enunțate. Adeseori, ele se transpun și în limbajul scris-citit, ceea ce îngreunează formarea deprinderilor grafo-lexice. Dintre aceste tulburări, semnificative sunt *dislaliile, rinolaliile* și *disartriile*.

Dislalia se remarcă prin frecvența cea mai mare în raport cu toate handicapurile de limbaj. Ea poate exista atât la subiecții normali din punct de vedere psihic, cât și la cei cu deficiențe de intelect și senzoriale, când are și o incidență mai mare. Pentru copilul antepreșcolar, tulburările de pronunție nu constituie semnale de alarmă, în schimb, la vârsta preșcolară se simte nevoia unei intervenții logopedice pentru a nu permite stabilizarea și formarea unor deprinderi defecitare de pronunție. La copilul antepreșcolar, dislalia are o *natură fiziologică* ca ur-

mare a nedezvoltării suficiente a aparatului fonoarticular și a sistemelor cerebrale implicate în actul vorbirii. Dar, după vârsta de 3—4 ani, acestea devin suficient de dezvoltate pentru a putea realiza o pronunție corectă. Menținerea tulburărilor dislalice și după această vârstă denotă existența unor cauze *nocive* pe care tind să le transforme în obișnuințe negative mai cu seamă, când dificultățile de pronunție persistă pe o perioadă lungă de timp. Dar, dislalia poate apărea și la vârstele mai mari, datorită unei etiologii complexe încriminată în producerea handicapurilor de limbaj, în genere.

Ca tulburare de articulație sau de pronunție, dislalia se manifestă prin deformarea, omiterea, substituirea, înlocuirea și inversarea sunetelor. În formele grave de dislalie astfel de fenomene se produc și la nivelul silabelor și chiar a cuvintelor. Când deficiențele de articulație se limitează numai la nivelul unor sunete izolate și în genere, se manifestă, sub o formă ușoară, ea se numește *dislalie simplă, parțială sau monomorfă*. Dar atunci când sunt afectate majoritatea sunetelor și chiar grupe de silabe, ea poartă denumirea de *dislalie polimorfă*, iar prin alterarea tuturor sunetelor, a majorității silabelor și a cuvintelor se ajunge la așa-numita *dislalie generală sau totală*.

În literatura de specialitate, cu privire la frecvența dislaliilor, se fac aprecieri ce diferă de la autor la autor. Frecvența și gravitatea dislaliei se raportează la specificul limbii, la etiologie, la existența și a altor handicapuri și la particularitățile psihoindividuale ale persoanei. Unii autori (Sheridan) apreciază că la vârsta de 5 ani dislaliile sunt în proporție de 26%, la fete și de 34%, la băieți, iar la 8 ani, 15% la fete și 16% la băieți, iar alții (Nikașina) sunt de părere că printre copiii de clasa I a școlilor de masă există 19,3% handicapați de limbaj. Se poate constata că dislaliile scad, ca frecvență, la copiii de vârste mai mari și datorită faptului că multe din acestea au fost corectate pe parcurs, fie printr-o activitate logopedică, calificată, fie prin intervenția învățătoarei.

Sunetele mai frecvent afectate sunt cele care apar mai târziu în vorbirea copiilor : vibranta „r", africatele „c, g, t", siflantele „s, z" și șuierătoarele ș, j, iar vocalele, și în primul rând a, e, u, consoanele b, d, t, m, n, care apar de timpuriu în vorbire, sunt sporadic tulburate. La acestea se adaugă și existența unor așa numite cuvinte „critice" care la handicapații de limbaj, prin tensionarea psihică ce o provoacă, creează dificultăți și mai mari în planul expresiei verbale (E. Verza).

Dislalia este provocată de o serie de factori printre care amintim : imitarea unor persoane cu o pronunție deficitară, existența mediului educativ nefavorabil, care nu facilitează stimularea vorbirii, încurajarea copilului preșcolar de către adult în pronunțarea peltică (pentru amuzament), ceea ce duce la stabilizarea deprinderii greșite, implantarea defectuoasă a dinților, diferitele anomalii ale aparatului bucal, cum sunt : despicăturile de buză și văl, despicăturile maxilo-vălo-palatine (cunoscute și sub numele de buză de iepure și gură de lup), deficiențe cerebrale, insuficiența dezvoltării psihice, deficiențe ale auzului, nedezvoltarea auzului fonematic, progenia și prognatismul ș.a. În formele grave de dislalie, unii autori (printre care M. Seeman) sunt de părere că ereditatea poate constitui un factor important pentru explicarea handicapului. Din această perspectivă se consideră că pe linie paternă trăsăturile respective se transmit mai frecvent când li se asociază și dificultăți motorii determinate de insuficiențele sistemului nervos central.

Scanned with OKEN Scanner

Dintre cele mai frecvente dislalii, *grupa stigmatismelor și a parasigmatismelor ocupă un loc central.* Acestea apar atunci când au loc deformări, substituiri, omisiuni ale sunetelor siflante și șuierătoare : s, ș, j, z, t, ce, ci, ge, gi. La copiii preșcolari și școlarii mici, cel mai des se manifestă omisiunile și deformările, iar la logopații mai mari, apar deseori și înlocuirile. Din multiplele forme de sigmatism, specifice și la limba română, remarcăm pe următoarele : a) *sigmatism interdental,* ce apare ca urmare a pronunțării sunetelor respective cu limba plasată între dinți. În perioada schimbării dentiției, la copil apar frecvent asemenea forme de sigmatism, dar dispar — în mod normal — odată cu creșterea dinților, dar se fixează ca defect atunci când persistă prea mult sau apar și alți factori determinanți, ca spre exemplu vegetațiile adenoide și slăbirea muschilor linguali ; b) *sigmatism lateral,* care este de trei feluri : — lateral dexter, când ieșirea aerului se face prin dreapta în loc de mijloc ; lateral sinister, în cazul ieșirii aerului prin stânga și sigmatism bilateral, în care aerul se împrăștie pe ambele părți. Sigmatismul lateral ia naștere, adeseori, ca urmare a parezei parțiale a nervului hipoglos când cel mai mult este afectată siflanta *s,* comparativ cu șuierătoarele ; c) *sigmatism addental,* produs prin sprijinirea vârfului limbii pe dinți, nepermițând, astfel aerului să iasă prin spațiul interdental, cum este normal. Forma respectivă este mai frecventă la hipoacuzici, datorită perceperii deficitare a pronunției, ca și în progenie și prognatism, deoarece în timpul pronunției nu se efectuează sincronizarea adecvată a mișcărilor maxilarelor ; d) *sigmatism palatal,* produs prin pronunțarea sunetelor siflante și șuierătoare cu vârful limbii retras spre bolta palatină ; e) *sigmatism strident,* manifestat printr-o sonoritate exagerată a siflantelor, producând perturbări la nivelul recepției ; f) *sigmatism nazal,* determinat de deficiențe ale palatului moale care nu-și poate îndeplini funcția normală imprimând astfel scurgerea aerului, parțial sau total, prin intermediul căilor nazale. Sigmatismul de acest tip apare în despicăturile palatale și la cei cu un palat prea rigid.

O altă formă dislalică, cu o frecvență mare, este *rotacismul și pararotacismul* : constă în deformarea, omisiunea, inversiunea și înlocuirea sunetului „*r*". Consoana „*r*" apare, de obicei, în vorbirea copilului în urma sunetelor siflante și șuierătoare, iar emisiunea lui corectă presupune o anumită dezvoltare a aparatului fonoarticular și mișcări fine de sincronizare. Din aceste motive, la majoritatea copiilor antepreșcolari mici, se produce afectarea sunetului „r" sau se înlocuiește cu „*l*" și mai rar cu „*d, h, v*".

La baza producerii rotacismului și pararotacismului stau anomaliile anatomice și funcționale ale limbii, cum ar fi micro și macroglosia limbii, frenul prea scurt sau prea lung al limbii, leziuni ale nervului hipo glos ca și deficiențele auzului fizic și fonematic, imitațiile deficitare ale pronunției celor din anturajul copilului, existența unor factori negativi de natură psiho-socială și culturală etc.

Ca și în cazul sigmatismului, adoptând criteriul simptomatologic și etiologic, cele mai frecvente forme de rotacism sunt : a) *rotacism interdental* — ce ia naștere prin pronunțarea sunetului *r* cu vibrarea vârfului limbii sprijinit pe incisivii superiori sau mai rar, prin atingerea limbii de buza superioară în timpul vibrării acesteia ; b) *rotasicm labial* — realizat printr-un joc ușor al limbii și vibrarea buzelor ; c) *rotacism labiodental* — ce apare prin vibrarea buzei superioare în atingere cu

incisivii inferiori sau vibrarea buzei inferioare în momentul atingerii incisivilor superiori ; d) *rotacism apical* — recunoscut după faptul că limba se află în momentul pronunției lipită de alveole, ceea ce nu-i permite să vibreze suficient ; e) *rotacism velar*, în care nu vibrează vârful limbii așa cum este normal ci vălul palatin ; f) *rotacism nazal* — datorat faptului că orificiul palatofaringian nu se închide suficient, ceea ce face să se producă vibrații la nivelul părții posterioare a palatului moale și peretelui posterior al faringelui, iar emisia lui *r* este stridentă, cu caracteristici nazale ; g) *rotacism uvular* — produs prin vibrarea uvulei în articulația sunetului *r* ; și h) *rotacism bucal* — format prin scurgerea aerului pe spațiile dintre părțile laterale ale limbii, forțând obrajii să intre în vibrație și dând o notă dezagreabilă pronunției.

Deși cu o frecvență mai mică, se pot produce tulburări și a celorlalte sunete. Dintre aceste amintim : *lambdacism* și *paralambdacism* (când este afectat sunetul *l*) ; *betacism* și *parabetacism* (când este afectat sunetul *b*) ; *capacism* și *paracapacism* (când este afectat sunetul *c*) ; *gamacism* și *paragamacism* (afectarea sunetului *g*) ; *deltacism* și *paradeltacism* (tulburarea sunetului *d*) ; *fitacism* și *parafitacism* (tulburarea sunetului *f*) ; *nutacism* și *paranutacism* (tulburarea sunetului *n*) ; *hamacism* și *parahamacism* (tulburarea sunetului *h*) ; *tetalcism* și *paratetalcism* (tulburarea sunetului *t*) ; *mutacism* și *paramutacism* (tulburarea sunetului *m*) ; *vitacism* și *paravitacism* (tulburarea sunetului *v*) ; ș.a. (după E. Verza).

Așa cum am arătat, vocalele sunt mai rar afectate, iar atunci când se întâlnesc asemenea situații poate fi un indiciu al unei dislalii grave sau existenței și a altor handicapuri de limbaj, cum sunt *disartriile, afaziile, alaliile* sau a tulburărilor de ritm. În unele situații emisia sunetelor izolate se poate produce corect, dar apar tulburări la nivelul silabelor și a cuvintelor. Ca atare, dificultățile de pronunție sunt mai accentuate și se pot asocia cu alte handicapuri de vorbire.

În funcție de cauzele care stau la baza handicapurilor de pronunție, dislaliile se împart în *organice* și *funcționale*. Dislaliile organice, numite și *disglosii*, sunt provocate de deficiențele anatomofiziologice de la nivelul aparatului fonoarticular (prognatismul, progenia, pespicăturile maxilo-vălo-palatine etc). Există și așa-numitele *dislalii audiogene*, ce sunt determinate de lezarea aparatului auditiv ce nu permite o recepție normală a vorbirii și nici un autocontrol al propriei articulări.

Disartria este cea mai gravă dintre tulburările de pronunție și este cauzată de afecțiunea căilor centrale și ale nucleilor nervilor care participă la articulare. Ea se caracterizează printr-o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu rezonanță nazală și pronunție neclară. La disartrici apar și o serie de complicații psihice ce se produc în sfera afectivă, senzorială, mintală, psiho-socială și motrică. Dată fiind originea sa, disartria se mai numește și *dislalie centrală*. Din punct de vedere simptomatologic, fenomenele sunt asemănătoare dislaliei obișnuite, dar mult mai grave. Dislalia centrală este mai frecventă la subiecții cu handicap de intelect. Ea poate fi pusă în evidență mai ușor la adulți față de copii.

Rinolalia este o altă formă a tulburărilor de pronunție. Ea se produce ca urmare a unor malformații ce sunt localizate la nivelul vălului palatin sau insuficiențele dezvoltării acesteia, determinate de unele boli infecțioase, de vegetațiile adenoide, de polipi, de atonia sau paralizia vălului palatin, de despicăturile labio-maxilo-palatine, de hipoacuzie, de funcționarea defectuoasă a mușchilor sau a vălului palatin, care nu pot

Scanned with OKEN Scanner

deschide traiectul nazal în timpul pronunțării sunetelor nazale etc. În rinolalie se manifestă tulburări de pronunție specifice dislaliei, dar și deficiențe ale rezonanței sunetelor, de fonație și chiar de voce, în cazurile accentuate.

Rinolalia se clasifică în *aperta* și *deschisă*, în suflul aerului necesar pronunțării sunetelor, parcurge predominantă calea nazală : *clauza* sau *închisă*, când unda expiratorie necesară pronunțării sunetelor nazale *(m, n)* se scurge pe traiectul bucal și *mixa* sau *mixtă*, în care unda expiratorie trece, alternativ, atât pe cale nazală, cât și pe traiectul bucal, indiferent de caracteristicile articulatorii ale sunetelor. Deficiențele de pronunție, ce au loc în rinonalie, prezintă un caracter variat în raport de etiologie, în primul rând, dar și în funcție de nivelul de dezvoltare psihică a logopatului, de mediul socio-cultural în care trăiește și își dezvoltă vorbirea, de caracteristicile de personalitate ale subiectului. Așa de exemplu, în același tip de rinonalie, la o persoană se pot întâlni forme ușoare și parțiale de omisiuni, deformări, confuzii etc., ale unor sunete ca cele din categoria siflantelor și fricativelor și mai ales ale celor predominant nazale, în timp ce la alt rinolalic, cu același diagnostic, pot apărea pe lângă aceste fenomene și alte tipuri de deformări ale sunetelor, cum ar fi cele labio-dentale, care în ansamblu, îngreunează inteligibilitatea vorbirii și dau o notă dezagreabilă acesteia.

2. TULBURĂRI DE RITM ȘI FLUIENȚĂ A VORBIRII

Așa cum am văzut, din categoria tulburărilor de ritm și fluiență fac parte : *bâlbâiala, logenevroza, tahilalia, bradilalia, oftongia, tulburările pe bază de coree* ș.a. Acestea sunt tot tulburări ale vorbirii orale, dar sunt mai grave decât tulburările de pronunție, nu numai prin formele de manifestare, ci mai cu seamă prin efectele negative ce le au asupra personalității și comportamentului persoanei. *Bâlbâiala* a fost remarcată de către oamenii de știință din cele mai vechi timpuri, fapt ce a dus la creșterea interesului și pentru alte tulburări ale limbajului. Bâlbâiala perturbă relațiile logopatului cu cei din jur și se prezintă ca un handicap relativ grav. Deși preocupările față de această tulburare au fost intense de-a lungul timpului, explicația științifică, prin evidențierea simptomatologiei și etiologiei bâlbâielii ca și dezvoltarea concepției cu privire la terapia complexă în corectarea ei, a fost posibilă abia în secolul nostru, ca urmare a progresului realizat în științele psihopedagogice, progres realizat și la nivelul logopediei.

Bâlbâiala se manifestă prin repetarea unor sunete sau silabe la începutul și mijlocul cuvântului, cu prezentarea unor pauze între acestea sau prin repetarea cuvintelor întregi ori prin apariția spasmelor la nivelul aparatului fonoarticulator care împiedică desfășurarea vorbirii ritmice și cursive. În primul caz bâlbâiala se numește *clonică*, iar în cel de-al doilea, *tonică*. Când se manifestă atât prin prima formă, cât și prin a doua, ea se numește *mixtă*, sau clonotonică și tonoclonică în funcție de aspectul care predomină. Repetarea silabelor se produce, în primul rând pentru cele care necesită un efort mai mare în emisie *(pl, bl, cr, că, si)* sau pentru sunetele ce apar mai târziu în octogeneză și sunt mai puțin consolidate *(r, s, ș, z)*. La unii handicapați, apar sunete sau silabe

Scanned with OKEN Scanner

parazitare ce sunt intercalate în vorbire, producând un efect dezagreabil. În cazul adulților și adolescenților, se poate observa prezența unor șiretlicuri, prin folosirea pauzelor exagerate în vorbire, dând impresia că se gândesc la ceea ce spun, dar în realitate se feresc de cuvintele critice și caută altele cu care să fie înlocuite. Spasmele de la nivelul aparatului fonoarticular sunt însoțite de mișcări ușoare ale buzelor, grimase, încordări ale feței și chiar ale întregului corp, gesticulații de prisos, sau dimpotrivă, o rigiditate exagerată, o inhibiție a întregului organism.

În toate formele de bâlbâială apar o serie de reacții secundare ca efect al încordării și suprasolicitării nervoase. Printre acestea sunt manifestările neurovegetative, schimbarea culorii feței, transpirația, tulburări de somn, crește agitația și nervozitatea, respirația devine scurtă și întreruptă, se vorbește în timpul inspirului, ceea ce complică și mai mult bâlbâiala etc. Formele cele mai grave se manifestă la adult și adolescent. Dar cel mai frecvent bâlbâiala apare între 2—3$^1/_2$ ani și, de obicei, poate fi considerată fiziologică — în lipsa unor factori favorizanți care să o mențină și să o consolideze. Când persistă și în perioada preșcolară constituie un semnal de alarmă.

Longonevroza este strâns legată de bâlbâială atât prin natura, cât și prin forma ei. Din punct de vedere simptomatologic, ele sunt foarte asemănătoare, dar de cele mai mutle ori logonevroza este mai accentuată decât bâlbâiala care, apoi se poate transforma în logonevroză. Bâlbâiala se transformă în logonevroză atunci când există sau apare un fond nevrotic ca urmare a conștientizării handicapului și a trăirii acestuia ca o dramă, ca un moment de frustrare a posibilităților pe care le are individul. Bâlbâiala este un fenomen mai mult de repetare a sunetelor, silabelor și cuvintelor, iar logonevroza presupune, pe lângă acestea, modificarea atitudinii față de vorbire și de mediul înconjurător în general, prezența spasmelor, a grimaselor, a încordării și a anxietății, determinate de teama că va greși în timpul vorbirii. La persoanele nevrozate sau psihonevrozate, factorii nocivi (mai cu seamă traumele psihice, stressurile) pot provoca direct logonevroza, ceea ce accentuează starea generală de nevrozism.

Etiologia este comună pentru bâlbâială și longonevroză; apariția uneia sau alteia depinde de starea psiho-fiziologică a individului, de felul cum trăiește, în plan psihic, handicapul. Printre cele mai frecvente cauze care pot provoca bâlbâiala se numără: imitațiile copiilor mici (2—3 ani) a unor persoane adulte sau a unor copii ce au un asemenea handicap; învățarea unei sau a două limbi străine (bilingvismul) înainte de formarea deprinderilor în limba maternă (ceea ce determină o supraîncordare nervoasă, dat fiind faptul că apar dificultăți în alegerea cuvintelor potrivite pentru exprimarea ideii dorite și, ca atare, repetarea unor silabe sau sunete până la găsirea cuvântului); traumele psihice, stressurile determinate de emoții șoc, sperieturi, spaime, deprimare afectivă, impresia de frustae, de nedeptate etc.; tulburări ale respirației, manifestate prin apariția spasmelor respiratorii sau a încercărilor de vorbire în timpul inspirului și nu a expirului așa cum este normal; factori de natură ereditară, în care sunt implicați, în special, cei ce provin pe linie paternă. În același context etiologic al bâlbâielii și logonevrozei

Scanned with OKEN Scanner

se înscriu și stângăcia sau fenomenele de contrariere a stângăciei care pot sta la bază și a altor handicapuri de limbaj, cum sunt : dislalia, disgrafia, dislexia, tahilalia, bradilalia, tumultus sermonis. Acest fapt se poate explica prin aceea că în producerea proceselor psihice între cele două emisfere cerebrale se stabilesc raporturi de subordonare, una se manifestă ca dominantă, iar cealaltă ca subordonată. Nu toate funcțiile psihice sunt la fel de localizate în cele două emisfere cerebrale. Astfel, există funcții puternic lateralizate, cum sunt limbajul, percepția muzicii, reprezentarea eului fizic, operațiile motorii (locomoția și manipularea obiectelor) și funcții slab localizate, ca percepția vizuală, operațiile mentale (analiză, sinteză, calcul), atenția, procesele afective (E. Verza, M. Golu). Limbajul, ca funcție puternic localizată, se realizează în una din cele două emisfere : dreaptă — la stângaci și stângă — la dreptaci. Cercetările efectuate din această perspectivă ca și observațiile asupra evoluție din ontogeneza timpurile au dus la concluzia că pentru constituirea limbajului oral și scris dominanța emisferului stâng prezintă o mai mare însemnătate. Așadar, lateralizarea cerebrală dreaptă, ce este specifică pentru stângaci, implică dificultăți de natură funcțională care pot duce la apariția unor handicapuri de limbaj. Datele logopediei vin și ele să confirme ideea de mai sus. Dacă ne referim la copiii stângaci vom constata că apar mai frecvent întârzieri în dezvoltarea limbajului dar și unele handicapuri.

Noi am constatat că bâlbâiala este și ea favorizată de lateralitatea stângă, dar totodată denotă caracterul tranzitoriu al stângăciei. Ca atare, odată cu consolidarea dominanței emisferului stâng, prin trecerea copilului de la folosirea mâinii stângi la cea dreaptă, bâlbâiala se ameliorează și se poate corecta mai ușor. O asemenea trecere trebuie făcută treptat, lent, fără, forțarea timpului.

Celelalte tulburări de ritm și fluență a vorbirii pot exista ca sindrom separat, dar și ca simptom al bâlbâielii. Din acestea, *aftongia* ia naștere atunci când în mușchii limbii se produce un spasm tonic, de lungă durată, și însoțește de cele mai multe ori bâlbâiala ; *tulburări de vorbire pe bază de coree* (tic, boli ale creierului mic), determinate de ticuri nervoase sau coreice ale mușchilor aparatului fonoarticular, fizionomiei ce se manifestă concomitent cu producerea vorbirii ; *tahilalia*, caracterizată printr-o vorbire exagerat de rapidă și apare mai frecvent la persoanele cu instabilitate nervoasă, cu heperexcitabilitate ; *bradilalia*, opusă tahilaliei ; se manifestă prin vorbire rară, încetinită cu exagerări maxime a acestor caracteristici în handicapurile accentuate de intelect.

3. TULBURĂRILE DE VOCE

În timp ce tulburările de ritm afectează cadența vorbirii, handicapurile de voce perturbă melodicitatea, intensitatea și timbrul vocii. Una din aceste tulburări este și *mutația patologică a vocii*. Ea se datorește transformărilor de la nivelul sistemului endocrin, manifestate prin schimbarea funcției hipofazare și a modificărilor hormonilor sexuali care influențează nu numai structura anatomo-funcțională a laringelui, dar și modalitățile de reacționare ale sistemului nervos central care se adap-

tează lent la condițiile biomecanice. În cazul tulburărilor endocrine, cum este acromegalia, copilul capătă o voce bărbătească, iar în diferite forme de insuficientă dezvoltare a aparatului din naștere apare mutația vocii înainte de vârsta obișnuită (pe la 8—11 ani). Opusul acestui fenomen este întârzierea în procesul de schimbare a vocii, dându-i o notă de infantilism cu prezența unei voci bâraite, cu oscilații de la un ton la altul.

Și *răgușala vocală* face parte din această categorie și ea cauzează pierderea expresivității și forței vocii. Asemenea cazuri sunt frecvente în îmbolnăvirile laringelui, a căilor respiratorii (prin răceală, gripe) și a ganglionilor fixați pe coardele vocale. Răgușala poate îmbrăca o formă organică, când vocea se îngroșă și se întrerupe în timpul vorbirii și alta funcțională ce determină un caracter șuierat și înăbușit al vocii. De obicei, răgușala funcțională apare în stările emoționale puternice și în folosirea excesivă a vocii.

Fonastenia și pseudofonastenia au de cele mai multe ori o natură funcțională. Folosirea incorectă (în special la cântăreți) și abuzivă a vocii (cântăreți, profesori, oratori), ca și laringitele, pot da naștere la fonastenie. Pseudofonastenia apare cu o oarecare frecvență la unii preșcolari ca urmare a suprasolicitității vocii, dar mai cu seamă în stările emoționale puternice. În majoritatea cazurilor, fonastenia este însoțită de o serie de dereglări de ordin psihic (frustrare, nesiguranță, teamă, frică), care o mențin și chiar o accentuează. Toate formele de fonastenie duc la scăderea intensității vocii, pierderea calităților muzicale, întreruperea și rateul vocii, tremurul și obosirea prea devreme a vocii.

Disfonia apare în urma tulburărilor parțiale ale mușchilor laringelui, ai coardelor vocale și a anomaliilor constituite prin noduli bucali și polipi. În această situație vocea este falsă, bitonală, monotonă, nazală, tușită, voalată, scăzută în intensitate, timbru inegal etc. Dereglările și spasmele respiratorii, produse fie ca urmare a tonusului muscular slab, fie pe baza tracului, a emoțiilor, a șocului, a angoasei, pot determina instabilitatea vocii, inhibiția ei, monotonia și caracterul șters, nediferențiat sau chiar șoptit.

Afonia este cea mai gravă tulburare de voce. Ea apare în îmbolnăvirile acute și cronice ale laringelui, cum sunt parezele mușchilor sau procesele inflamatorii. Vocea, în astfel de situații, dacă nu dispare complet, se produce numai în șoaptă, din cauza nevibrării coardelor vocale. Inițial, vocea se manifestă prin răgușeală, scăderea în intensitate, șoptirea ca în final să dispară complet. În cazul acesta se instalează tensiunea, agitația și chiar unele tulburări psihice. Pe de altă parte, afonia poate fi determinată și de dereglări psihice puternice, prin emoții, șoc, stressuri, complexe de inferioritate, care acționează pe un fond de hipersensibilitate sau fragilitate a sistemului nervos.

4. TULBURĂRI ALE LIMBAJULUI CITIT-SCRIS

Dislexia și disgrafia — ca tulburări parțiale ale citit — scrisului — influențează nemijlocit dezvoltarea psihică a copilului și mai cu seamă, rezultatele la învățătură. Dat fiind faptul că însușirea citit-scrisului constituie forme ale limbajului, ca achiziții recente în condițiile instruirii,

Scanned with OKEN Scanner

presupune din partea copilului o participare intenționată, voită, afectivă și conștientă. Dificultățile în elaborarea deprinderilor lexo-grafice estompează activitatea și dereglează integrarea socială prin masifestarea — în multe cazuri — a unor comportamente antisociale datorită unor eșecuri și conflicte permanente (în viața școlară), cât și a instalării unor trăsături caracteriale negative, ca : negativismul, descurajarea, inerția, nepăsarea, izolarea. La preadolescenți și adolescenți aceste caracteristici se accentuează prin prezența agresivității și a dezinteresului față de activitatea intelectuală, în general. Odată cu corectarea dislexo-disgrafiei dispar asemenea fenomene.

Printre cauzele care stau la baza dislexiei și disgrafiei cităm : insuficiențele funcționale în elaborarea limbajului, ale îndemânării manuale, ale schemei corporale și ale ritmului, lipsa omogenității în lateralizare, stângăcia însoțită de o lateralizare încrucișată, tulburările spațio-temporale, influența eredității, afecțiunile corticale și, nu în ultimul rând, factorii pedagogici inoportuni, concretizați într-o metodologie instructiv-educativă neadecvată.

Dislexia și disgrafia se manifestă, la școlar, prin incapacitatea sa paradoxală mai mult sau mai puțin accentuată de a învăța citirea și scrierea. În cazul acesta, au loc confuzii constante și repetate între fonemele asemănătoare acustic, literele și grafemele lor, inversiuni, adăugiri și omisiuni de litere și grafeme, omisiuni, inversiuni și adăugiri de cuvinte și chiar de propoziții, dificultăți în combinarea cuvintelor în unități mai mari de limbaj, tulburări ale lizibilității și ale laturii semantice etc. La unii disgrafici, grafemele sunt plasate defectuos în spațiul paginii, sunt inegale ca mărime și formă și, în general, au o orânduire dezordonată. Datorită neîndemânării de a scrie, textul este scurt, lacunar și fără unitate logică. Din cauza neînțelegerii celor citite și chiar a propriului lor scris, redarea la dislexici și disgrafici este lacunară, plină de omisiuni sau în alte cazuri, conține adăugiri de elemente ce nu figurau în textul parcurs.

În schimb, citirea și scrierea cifrelor se face cu ușurință și, în majoritatea cazurilor, fără erori sau cu foarte puține. Dar și acest fenomen este profund afectat în *alexie* și *agrafie*, ca tulburări totale ale citit-scrisului.

Sub raportul conștientizării tulburărilor respective, școlarii cu astfel de dificultăți pot fi grupați în patru categorii : 1) cei care nu-și dau seama de deficiența respectivă, nici la ei și nici la alții ; 2) cei care sesizează deficiența la alții, dar nu și la ei ; 3) cei care își dau seama de deficiența respectivă, dar sunt incapabili de a o înlătura și 4) cei care manifestă sensibilitate la deficiență și fac progrese evidente în corectare (E. Verza).

La elevii nevăzători, care învață în braille, am constatat că manifestările disgrafiei au unele particularități specifice, dar caracteristicile generale sunt asemănătoare cu ale disgraficilor ce scriu în alb-negru. Dintre fenomenele comune, atât în scrierea alb-negru, cât și în braille putem cita pe următoarele : omisiuni de litere și silabe, omisiuni de cuvinte, propoziții și sintagme, contopiri de cuvinte, substituiri de grafeme, substituiri și deformări de cuvinte, adăugiri de grafeme și cuvinte, disortografii, rânduri libere sau suprapuse etc.

Scanned with OKEN Scanner

5. TULBURĂRILE POLIMORFE

Această categorie de tulburări de limbaj, ce cuprinde *alalia și afazia*, este de maximă gravitate, cu implicații complexe negative nu numai, în comunicarea și relaționarea cu cei din jur, dar și în evoluția psihică a logopaților. Astfel, *alalia* afectează atât limbajul impresiv, cât și pe cel expresiv.

Termenul de alalie vine de la grecescu „alales" care înseamnă fără vorbire sau mutenie. Pentru aceasta, tulburarea respectivă mai este denumită și prin termeni de audimutitate, întârziere înăscută a vorbirii, mutenia auzitorilor ș.a.

Vorbirea alalicilor nu se confundă cu lipsa de vorbire a deficienților de intelect profund, a surdomuților, a disarticilor sau a afaziciior. Deși pot exista întârzieri mintale, alalia nu presupune deficit de intelect de tip oligofrenic, dar apar, evident, tulburări de percepție, întârziere și neîndemânare motorie. Aceste caracteristici sunt și în funcție de forma alaliei. În așa numita alalie motorie, alalicul înțelege sensul cuvintelor și îl reține, dar nu le poate pronunța. Execută ordinele verbale și poate arăta obiectele indicate. Poate emite unele sunete nearticulate și chiar cuvinte mono și bisilabice. În altă formă de alalie, cea senzorială, dimpotrivă, alalicul nu înțelege sensul vorbirii, dar poate repeta sunete și unele cuvinte cu o structură mai simplă. Deși aud bine, au dificultăți de percepție a direcției sunetelor. Forma cea mai gravă de alalie este cea mixtă, în care predomină, fie caracteristicile din prima, fie din cea de a doua.

Dintre caracteristicile generale, comune, pentru toți alalicii, indiferent de forma alaliei, menționăm : lipsa de expresivitate, rigiditatea în mișcări și comportament, dezinteres pentru activitate, voință scăzută, deficite de atenție și de percepție, slaba dezvoltare a motricității etc.

Din punct de vedere etiologic, literatura de specialitate citează : alcoolismul părinților, rudenia de sânge a părinților, sifilisul și tuberculoza părinților, bolile grave repetate (encefalită, varicelă, rahitism), teama și timiditatea bolnăvicioasă, tonus psihic scăzut, deficiența generală a motricității sau dezvoltarea ei întârziată ș.a.

Cu toată gravitatea acestei tulburări, prognosticul este favorabil și printr-o activitate logopedică calificată subiectul poate fi recuperat și integrat social.

În timp ce în alalie, congenital, este afectată posibilitatea achiziției limbajului, *afazia* apare după dobândirea comportamentului verbal și este mai frecventă la vârstele adulte sau în bătrânețe, dat fiind faptul că persoanele respective sunt supuse mai des factorilor nocivi care o provoacă. Specialiștii i-au acordat cea mai mare importanță pentru că afazia determină modificări profunde în sfera limbajului (impresiv și expresiv), iar la nivelul personalității se produc destructurări masive.

Afazia este, de obicei, cauzată de leziunile de la nivelul sistemului nervos central și gravitatea ei este dependentă de întinderea și profunzimea acestor leziuni. Deși, în principal, deteriorarea privește sfera comportamentului verbal au loc, mai mult sau mai puțin, dereglări la nivelul întregului psihism. Astfel, se pot păstra cuvintele parazite, interjecțiile, înjurăturile și, în general, limbajul trivial. În același timp, un cuvânt poate îndeplini rolul de propoziție, adică se manifestă așa numitul stil telegrafic în vorbire. La unii afazici apare o vorbire „acade-

mică", cu multe preţiozităţi şi un scris servil ce se remarcă prin înclinare exagerată spre dreapta sau spre stânga, tulburări ale accentului şi respectiv agramatismele. Dificultăţile în enumerarea automată, ca şi perseverenţa şi aşa numitele „intoxicaţii" cu cuvinte ocupă un loc aparte în vorbirea afazicului. Ca tulburări secundare apar afecţiuni ale vocii, dereglări ale respiraţiei şi emoţii exagerate. De cele mai multe ori, acestea se asociază cu o serie de dereglări de la nivelul memoriei. De pildă, la afazic se manifestă o scădere a memoriei, iar reproducerea este mai slabă ca recunoaşterea şi învăţarea. De asemenea, memoria auditivă este mai scăzută decât cea vizuală. Amploarea acestor tulburări din afazie sunt dependente şi de caracteristicile personalităţii subiectului înaintea apariţiei afaziei, de instrucţia sa, de cultura ce o posedă, de vârstă etc. Şi eficienţa recuperării se raportează la aceste caracteristici.

6. TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE ALE LIMBAJULUI

Dintre acestea ne referim la două categorii de handicapuri. Astfel, este vorba de *mutismul electiv* sau *voluntar*, care se manifestă prin refuzul parţial sau total din partea copilului de a comunica cu unele persoane, iar în forme grave, acest refuz se extinde asupra întregului mediu înconjurător. „Muţenia" este temporală, şi poate dura de la câteva săptămâni, la ani de zile. De obicei, mutismul electiv apare la copiii hipersensibili şi este însoţit de tulburări comportamentale în care încăpăţânarea, timiditatea, brutalitatea, irascibilitatea ocupă un loc important. În majoritatea cazurilor, handicapul este determinat de atitudinile greşite în educaţie care traumatizează afectiv copilul. Dar şi emoţiile şoc, stressurile, eşecurile repetate, frustrările pot duce la un astfel de mutism. Deşi nu comunică, copiii cu mutism electiv înţeleg vorbirea şi nu manifestă deficienţe de ordin intelectiv. Dar persistenţa pe o perioadă mai mare a lipsei comunicării duce la rămâneri în urmă pe linia dezvoltării vocabularului şi a exprimării logico-gramaticale, cu repercusiuni în plan intelectiv.

Ca un corolar al handicapurilor de limbaj se înscriu *întârzierile în dezvoltarea generală a vorbirii* ce se pot întâlni la acei subiecţi care nu reuşesc să atingă nivelul de evoluţie al limbajului conform cu vârsta. De obicei ele există ca fenomene secundare în mai toate handicapurile de vorbire descrise mai sus, dar se pot manifesta şi de sine stătător. Întârzierile în dezvoltarea vorbirii se recunosc după sărăcia vocabularului şi după neputinţa de a se exprima coerent, logic în propoziţii şi fraze. Frecvent, retardurile verbale cuprind atât aspecte fonetice, lexicale, cât şi gramaticale. Datorită acestor fenomene, înţelegerea vorbirii celor din jur se realizează cu dificultate, ceea ce influenţează negativ evoluţia psihică generală şi comportamentală.

Asemenea retarduri verbale pot fi determinate de carenţele sistemului nervos central provocate de hemoragii cerebrale în timpul naşterii, de eventualele boli grave, de lipsa de stimulare a comunicării în perioada primei copilării. Deficienţele senzoriale şi de intelect pot avea efecte similare deoarece nu facilitează o dezvoltare normală a limbajului.

Scanned with OKEN Scanner

7. TULBURĂRI ALE LIMBAJULUI BAZATE PE DISFUNCȚII PSIHICE

Această categorie are în componență o serie de tulburări relativ asemănătoare prin forma de manifestare și prin efectele negative în exprimarea conținutului ideativ (dislogii, ecolalii, jargonafazii, bradifazii ș.a.). Caracteristic pentru toate sunt, așadar, dereglările generale în formulare, expresie verbală deficitară și reducerea cantitativă a înțelegerii comunicării. Fenomenele de logoree și de exprimare incoerentă sunt foarte active la această categorie de handicapați. Dar având în vedere că dereglările verbale pot fi considerate ca efecte secundare ale disfuncțiilor psihice generale și că învățătoarea sau educatoarea este implicată sporadic în activități cu asemenea copii, o discuție mai amplă nu-și are locul în acest context.

După cum a rezultat, toate tulburările de limbaj au efecte nefavorabile asupra activității desfășurate de logopat și asupra dezvoltării personalității. Pentru acestea, cunoașterea și înlăturarea lor creează un climat optim în care copilul va evolua armonios.

TEME DE CONTROL

1. Prezentați efectele tulburărilor de limbaj asupra structurării comportamentului și personalității logopatului.
2. Evidențiați principalele caracteristici ale fiecărei categorii a tulburărilor de limbaj.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XII

TERAPIA HANDICAPURILOR DE LIMBAJ

Activitatea corectiv-recuperativă trebuie să înceapă, în primul rând, cu copiii preşcolari şi şcolari mici pentru a evita transformarea tulburărilor de vorbire în deprinderi greşite şi a înlesni desfăşurarea procesului instructiv-educativ în condiţii adecvate. Pe de altă parte, la vârstele mici tulburările de vorbire sunt mai frecvente, dar şi corectarea lor este mult mai facilă în raport cu perioadele înaintate. Aceasta nu înseamnă că vor fi neglijaţi puberii, adolescenţii şi chiar adulţii care manifestă handicapuri de limbaj, cu atât mai mult cu cât se ştie că la aceştia frământările lăuntrice ce le provoacă sunt mai accentuate şi influenţează negativ structurile de personalitate.

Metodele şi procesele folosite în terapia logopedică sunt specifice fiecărei categorii de tulburări, iar alegerea lor este în funcţie de fiecare caz în parte, de tipul de handicap şi gravitatea acestuia, de vârsta şi nivelul de dezvoltare psihică a subiectului, de etiologia şi simptomatologia acestora. Atât educatoarea, cât şi învăţătoarea trebuie să aibă o evidenţă clară a copiilor cu dificultăţi de vorbire pentru a putea contribui la corectarea lor şi a fi un sprijin eficient al specialistului în logopedie. Stabilirea diagnosticului logopedic este esenţial pentru atitudinea faţă de logopat şi adoptarea complexului terapeutic. Astfel, la fiecare început de an, fişa copilului va fi completată cu date rezultate din examinarea limbajului şi se vor consemna ulterior progresele obţinute. Este nevoie pentru început să se surprindă modul de pronunţie a sunetelor mai rele din punct de vedere al emiterii (r, s, ş, ţ, ce, ci, ge, gi etc.) iar atunci când se constată dificultăţi la nivelul acestora, examinarea se extinde şi asupra altora. Apoi, se vor purta discuţii libere, se va cere copilului să alcătuiască o povestire, se vor consulta caietele etc., pentru a putea depista alte eventuale handicapuri de limbaj.

În terapia limbajului handicapat există două categorii mari de metode şi procedee. Dintre acestea, unele sunt generale şi comune pentru toate categoriile de handicapaţi, iar altele sunt specifice şi se adoptă în raport de fiecare caz în parte. Dar în cele mai multe cazuri, ele se aplică combinat şi vizează, în egală măsură, aspectele corective ale limbajului ca şi stimularea activităţii psihice în ansamblu. Unele sunt de

Scanned with OKEN Scanner

competența exclusivă a specialistului, dat fiind gradul lor de complexitate și dificultate. Din prima categorie de metode și procedee fac parte acelea care contribuie indirect la corectarea handicapurilor de limbaj și pregătesc subiectul pentru aplicarea celei de a doua categorii și anume metodele și procedeele specifice logopedice. Acestea nu înseamnă că metodele și procedeele cu caracter general, din prima categorie, nu sunt eficiente, ci dimpotrivă ele au o mare importanță pentru întreaga terapie a handicapurilor de limbaj, iar educatoarea și învățătoarea au un rol important în aplicarea lor. La acestea ne vom referi în primul rând și numai la unele din cele din categoria a doua, deoarece ele pot fi aplicate și în afara cabinetelor logopedice de către educator sau chiar de părinți, care vor fi inițiați de specialist. Ca atare, prin intermediul acestor metode și procedee se pot obține unele ameliorări în corectarea handicapurilor de limbaj.

1. METODE ȘI PROCEDEE CU CARACTER GENERAL

1.1. EDUCAREA RESPIRAȚIEI ȘI A ECHILIBRULUI DINTRE EXPIRAȚIE ȘI INSPIRAȚIE

Pentru producerea fiecărui sunet este necesar să vibreze coardele vocale. Acestea vibrează în timpul expirului, în proporție diferită, și își modifică presiunea (ca și inspirul, de altfel) în emisia sunetelor. De pildă, presiunea expiratorie este mai accentuată în pronunțarea consoanelor surde, comparativ cu emisia celor sonore. Musculatura implicată în actul respirației trebuie exersată mai cu seamă la copii, deoarece ea nu este suficient de dezvoltată, iar antrenamentul natural desfășurat în ontogeneză are la bază o perioadă relativ scurtă. În respirația de tip costo-abdominală, specifică sexului masculin, rolul hotărâtor îl au mușchii abdominali și costali inferiori, iar în respirația toracică, prezentă la sexul feminin, mușchii toracali determină activitatea expirului și inspirului. În multe din handicapurile de limbaj (mai cu seamă în cele de ritm și fluență a vorbirii) se modifică tipul de respirație în sensul că băieții adoptă o formă asemănătoare a fetelor și invers, fetele iau caracteristicile respirației costo-abdominale. Pe de altă parte, la mulți logopați se manifestă tendința de a vorbi și în timpul inspirului (nu numai a expirului cum este normal), ceea ce afectează și mai mult vorbirea. Dar indiferent de tipul de respirație, un rol hotărâtor îl joacă controlul nervos în reglarea echilibrului dintre expir și inspir, echilibru necesar atât pentru emisie, cât și pentru ritmul vorbirii normale.

La copii încă nu este realizată, în toate cazurile, o diferențiere netă a respirației în funcție de sex și ea nu se desfășoară în mod ritmic. Se constată că în handicapurile de vorbire disritmurile respiratorii se accentuează, iar în unele situații chiar aceste dereglări pot determina tulburări de ritm și fluență a vorbirii. În stările de oboseală sau de tensiune psihică lipsa de sincronizare a expirului și a inspirului este tot mai accentuată. În asemenea situații handicapurile de vorbire au tendința de a se manifesta mai frecvent și mai pregnant, iar la logopat se instalează o teamă exagerată pentru actul comunicării. Astfel, în vorbirea logopa-

Scanned with OKEN Scanner

tului apar nu numai neregularităţi în intensitate şi melodicitate, dar şi pauze neregulate în timpul vorbirii (prea scurte sau prea lungi), ceea ce-i dă un aspect dezagreabil. Spre exemplu, la cei bâlbâiţi sau dislalici, care au tendinţa de a vorbi şi în timpul inspirului (aşa cum nu este normal), se accentuează logopatia şi oboseala verbală.

Pentru a preveni şi înlătura asemenea dereglări cu efecte negative, în funcţie de vârsta subiectului se pot folosi o serie de exerciţii care duc la înlăturarea deficienţelor respiratorii şi măresc capacitatea şi volumul respirator. Printre cele mai însemnate sunt jocurile în aer liber, gimnastica urmată de expir şi inspir prelungit, suflarea în spirometru, umflarea balonului (pentru dezvoltarea capacităţii toracice), expirarea şi inspirarea alternativă pe gură şi pe nas, exerciţii de respiraţie, efectuate odată cu pronunţarea sunetelor sau a cuvintelor, a cântului şi a recitării poeziilor ritmice, în vederea sincronizării celor două acte etc.

1.2. DEZVOLTAREA AUZULUI FONEMATIC

Acesta nu se confundă cu auzul fizic care poate fi normal, dar există o slabă dezvoltare sau dereglare a auzului fonematic. Auzul fonematic joacă un rol deosebit de important în discriminarea sunetelor, a silabelor şi a cuvintelor ca unităţi specifice limbajului. Aşadar, el se deosebeşte de auzul fizic, nu se confundă cu acesta şi nu există în toate cazurile o corelaţie directă între cele două forme de auz. În cazul unei slabe dezvoltări sau a unor tulburări de auz fonematic, recepţia limbajului se face deficitar şi ca atare emisia vorbirii nu este normală. Dacă avem în vedere şi relaţia strânsă dintre auzul fonematic şi producerea mişcărilor articulatorii, atunci vom înţelege că tulburările de pronunţie pot apărea mai des şi cu o intensitate mai mare.

În vederea realizării unei pronunţii corecte, fiecare individ trebuie să efectueze o comparaţie între propria sa pronunţie şi cea a persoanelor din jurul său, pe de o parte, iar pe de alta el trebuie să realizeze un autocontrol permanent cu ajutorul auzului asupra emisiilor sale verbale. Or, deficienţele auzului fonematic fac imposibilă o astfel de performanţă şi îngreuiază imitaţia verbală atât de caracteristică la copii şi de aici posibilitatea apariţiei dislaliilor, a tulburărilor de voce, a rinolaliilor. Datorită deficienţelor auzului fonematic, copilul nu este întotdeauna conştient de handicapul său de vorbire, dar începe rapid să-şi dea seama o dată cu efectuarea unor exerciţii pentru dezvoltarea acestuia. Copiii cu dificultăţi pe linia auzului fonematic întâmpină şi greutăţi mai mari sau mai mici în recepţia corectă a vorbirii, ceea ce diminuează înţelegerea conţinutului semantic.

Dezvoltarea auzului fonematic se poate realiza la copiii preşcolari prin jocuri de ghicire a vocii celor care îi strigă, diferenţierea unor sunete de altele, imitarea şi identificarea unor animale (sâsâitul şarpelui, al gâscanului etc.), iar la cei mai mari prin diferenţierea şi identificarea cuvintelor sinonime şi paronime, a recitării de poezii ritmice, a diferenţierii unor grafeme asemănătoare concomitent cu pronunţia lor (b—p, m—n etc.).

Scanned with OKEN Scanner

1.3. DEZVOLTAREA MOTRICITĂȚII GENERALE ȘI A MIȘCĂRILOR FONOARTICULATORII

Din acest punct de vedere sunt importante în primul rând exercițiile generale care fortifică organismul (trunchiul, gâtul, membrele). Este indicat ca aceste exerciții să se asocieze cu cele de respirație, pentru a facilita mișcările complexe ale grupelor de mușchi care iau parte în actul de respirație și la activitatea aparatului fono-articular în emisia verbală. Aceasta deoarece în pronunțarea fiecărui sunet și cuvânt corpul, gâtul, membrele capătă o anumită poziție, de relaxare sau de încordare. Asemenea încordări sau relaxări imprimă o anumită postură întregului corp și ea este diferită la persoanele normale față de cele cu handicap de limbaj. De pildă, la handicapații cu tulburări de pronunție are loc o încordare a mușchilor de la nivelul aparatului fono-articular, a limbii, a buzelor, pe porțiuni nespecifice, ceea ce determină nu numai accentuarea afectării pronunției, dar și a dicției, a timbrului și înălțimii vocii. Din aceste motive sunt necesare două tipuri de exerciții : unele pentru relaxarea organismului și a musculaturii aparatului de emisie, ceea ce joacă un rol important în pronunțarea majorității sunetelor limbii române, și altele de încordare, care sunt folositoare mai cu seamă pentru pronunția sunetelor surde și a cuvintelor mai complicate.

Pentru a fi eficiente, exercițiile fizice generale trebuie să se desfășoare la copii sub formă de joc în mod ritmic, ceea ce contribuie la imprimarea ritmicității și la nivelul vorbirii. În tulburările motorii ce sunt prezente la dislalicii, disgraficii sau disartricii cu deficiențe motorii cerebrale, exercițiile fizice generale trebuie executate paralel cu dezvoltarea vorbirii și continuate pe o perioadă mai lungă de timp pentru că și handicapul de vorbire este mai grav și necesită o perioadă mai lungă de recuperare.

În scopul dezvoltării organelor fono-articulatorii, se pot folosi exerciții pentru dezvoltarea mișcărilor expresivității faciale, linguale, mandibulare, labiale. Sunt eficiente umflarea alternativă a obrajilor, imitarea ritmică a râsului și a surâsului, coborârea ritmică a sprâncenelor alternativ cu închiderea ochilor, clipirea ritmică etc. Dintre exercițiile linguale se pot enumera cele care se referă la deschiderea gurii și scoaterea ritmică a limbii, scoaterea limbii peste buza superioară în direcția nasului și peste buza inferioară înspre bărbie, ridicarea limbii spre palatul gurii și lăsarea ei în jos cu zgomot, imitarea tremuratului (brr, brrr) ș.a. Pentru dezvoltarea motricității mandibulare, mai cu seamă în prognatism și progenie sau la cei cu despicături maxilo-faciale, se utilizează exerciții în mișcare a mandibulei la stânga și la dreapta, mișcări înainte și înapoi, imitarea căscatului și rumegatului animalelor. În fine, pentru dezvoltarea motricității labiale atât de necesară în dislalie și în special la dislalicii audiogeni (cum sunt hipoacuzicii) sau în disglosii și la cei cu anomalii ale buzelor se va adopta cu ajutorul buzelor forma de pâlnie (ca în pronunția sunetelor o și u), strângerea buzelor și suflarea aerului cu putere ca în pronunția sunetelor p și b, retragerea și extensia comisurilor laterale ș.a.m.d.

Scanned with OKEN Scanner

1.4. EDUCAREA PERSONALITĂȚII ȘI ÎNLĂTURAREA NEGATIVISMULUI

După cum se știe una din funcțiile esențiale ale limbajului este cea reglatorie și autoreglatorie. În handicapurile de limbaj scade funcționalitatea unei asemenea funcții și, ca atare, se produc perturbații în organizarea și sistematizarea activității psihice, ceea ce face să se reducă încrederea în forțele proprii și să apară o stare de încordare permanentă. Handicapurile de limbaj accentuate, care afectează atât latura expresivă, cât și cea impresivă a limbajului nu numai că determină reticențe în relaționarea cu cei din jur, dar integrarea logopatului în activitate devine anevoioasă. Ca atare, structurarea însușirilor de personalitate pot îmbrăca forme negative care duc la comportamente neintegrative. Cu cât handicapul de limbaj, este mai grav, cu atât tensiunea crește, iar subiectul va trăi acest fenomen în planul psihic ca pe o dramă. Într-o investigație efectuată de noi asupra unui lot de subiecți cu handicapuri de limbaj, format din 150 dislalici, 63 bâlbâiți, 32 cu tulburări de voce și 118 cu handicap asociat — dislexie — disgrafie am constatat tulburări comportamentale la 104 dislalici, la 56 bâlbâiți, la 14 din cei cu tulburări de voce și la 88 dislexici — disgrafici. Numărul relativ mare al subiecților la care au apărut tulburări comportamentale se explică tocmai prin trăirea dramatică a handicapului de limbaj pe fondul hipersensibilității și a atitudinilor nefavorabile a celor din jur.

Subliniem că la școlarii mari, la puberi și adolescenți, prezența handicapurilor de limbaj, determină o intensificare a tulburărilor de personalitate. Astfel, subiecții respectivi sunt deprimați, anxioși, nervoși, irascibili, rigizi, reținuți, necooperanți, frustrați, negativiști, trăiesc complexe de inferioritate etc. Cei mai sensibili refuză să meargă la școală și adoptă o atitudine negativă față de învățătură, ceea ce duce la eșecuri școlare repetate. Cu cât aceștia își prelungesc astfel de stări stressante cu atât provoacă o hipersensibilitate afectivă mai accentuată sau tulburări afectiv-emoționale și voliționale.

În educarea personalității și crearea condițiilor normale de evoluție, un rol deosebit de important îl joacă, pe lângă progresele înregistrate în înlăturarea handicapurilor de limbaj, psihoterapia, sugestia verbală și încurajarea subiectului. Desigur, există unele caracteristici ale psihoterapiei pentru handicapații de limbaj, dar aplicarea ei trebuie să țină seama de vârsta, etiologia și simptomatologia tulburărilor respective. Ne vom referi, în continuare, numai la formele ce pot fi folosite de educator (așa cum am procedat și în cazul celorlalte metode) lăsând în seama specialistului pe cele complexe. Astfel, la copiii preșcolari mici psihoterapia se poate desfășura sub forma unor jocuri dirijate de educatoare. În asemenea situații, copiii sunt ușor antrenați în activitatea și în verbalizarea acțiunilor respective. Totodată ei pot fi influențați, discret, în direcția încurajării și înlăturării negativismului. Sunt ajutați să învețe, să coopereze și să stabilească relații verbale cu cei din jur, ceea ce contribuie la câștigarea încrederii în posibilitățile proprii și la crearea de satisfacții. Pe aceeași linie se înscriu vizionările unor filme sau a teatrului de păpuși, urmate de comentarii dirijate ce urmăresc antrenarea în activitatea verbală și desprinderea unor elemente cu caracter moralizator. Pentru școlari discuțiile trebuie astfel purtate încât scopul principal să fie acela de a contribui la crearea unei stări relaxante și trăirea

Scanned with OKEN Scanner

confortului psihic. Se va viza în mod deosebit influenţarea voinţei şi modul de a gândi a interlocutorilor, se va accentua ideea înţelegerii caracterului tranzitoriu al handicapului de limbaj şi că randamentul activităţii intelective se va îmbunătăţi o dată cu educarea limbajului.

Astfel, toate demersurile ce se subsumează acestor acţiuni sugestive şi de influenţare pozitivă a subiectului vor viza următoarele obiective :

— dezvoltarea încrederii subiectului în forţele proprii ; — formarea convingerii că tulburările de limbaj nu presupun deficite de intelect, iar eşecurilor la învăţătură pot fi evitate printr-un efort sporit ; — înţelegerea faptului că handicapurile de limbaj sunt temporare şi că ele pot fi înlăturate ; — înlăturarea atitudinii negativiste şi dezvoltarea optimismului.

2. METODE ŞI PROCEDEE SPECIFICE LOGOPEDICE

Metodele şi procedeele specifice logopedice au un grad mai mare de complexitate şi presupun o specializare aparte. Ele vizează, nemijlocit handicapurile de limbaj, dovedindu-şi eficienţa şi în raport de măiestria terapeutului. Dintre acestea ne vom referi la câteva mai simple ce pot fi aplicate de fiecare cadru didactic. În această categorie se înscriu exerciţiile de vorbire ritmată, în care recitarea unor poezii imprimă fluenţă vorbirii, exerciţiile de imitare a unor modele cu vorbire corectă, exerciţiile de imitare a poziţiei corecte a aparatului bucal în timpul emisiei, imitarea (mai cu seamă pentru copiii mici) a unor fenomene naturale sau a zgomotului făcut de unele fiinţe şi obiecte (limitarea sâsâitului de şarpe pentru emiterea corectă a sunetului, imitarea vântului pentru emisia sunetului v etc.). Pentru corectarea tulburărilor limbajului scris-citit se adoptă citirea pe sintagme cu explicarea şi înţelegerea deosebirilor acestora, citirea pe roluri şi în ştafetă, scrierea şi explicarea deosebirilor dintre grafemele asemănătoare din punct de vedere spaţial (b—p, m—n, d—b etc.), trasarea unor grafeme cu degetul în aer şi apoi pe hârtie pentru a imprima mişcarea necesară ş.a.

Un loc însemnat în simularea verbală şi în înţelegerea acţiunilor cauzale plauzibile îl ocupă *citirea imaginilor*. La preşcolarii mici se prezintă imagini cu obiecte şi acţiuni umane, solicitându-se denumirea lor, iar la cei mai mari se dau imagini în suită (din trei — cinci imagini) care să faciliteze alcătuirea de poveşti închegate. Astfel, citirea după imagini se constituie ca etapă a prealfabetizării, pe care copiii o parcurg cu interes, mai cu seamă când acestea sunt colorate şi sugerează o naraţie implicată în modul lor de aranjare. Ele nu-şi pierd din semnificaţie nici la vârsta şcolară mică. Acum sunt preferate acele imagini cu un conţinut mai complex, cu acţiuni ştiinţifico-fantastice, cu povestiri istorice şi personaje puternice, dar realizate estetic şi cu un pronunţat caracter al învingerii binelui şi frumosului.

La reuşita acestora se adaugă tactul pedagogic al educatorului, manifestarea înţelegerii faţă de copilul handicapat, afirmarea unui climat efectiv tonifiant în colectivitate, din care să nu lipsească încurajarea pentru fiecare proces obţinut de copil.

Scanned with OKEN Scanner

3. RELAȚIA DINTRE LIMBAJ-COMPORTAMENT-PERSONALITATE

Din analiza relației dintre limbaj, comportament și personalitate rezultă, pe de o parte, unitatea psihismului uman, iar pe de altă parte, nevoia de a corecta orice dereglare pentru a putea evita efectele negative asupra celorlalte paliere ale evoluției psihice. În acest context, logopedia contemporană este preocupată, din ce în ce mai mult, de influențele handicapurilor de limbaj asupra personalității și comportamentului logopatului, în general. Ca atare, subiectul logopat, indiferent de vârsta sa, nu mai este tratat ca o simplă persoană cu tulburări de limbaj, ci este privit în perspectiva educării complexe : atât în corectarea handicapurilor de vorbire, cât și în cea a formării și dezvoltării personalității, în scopul adoptării unor comportamente integrative și adecvate activității.

Handicapurile de limbaj, începând cu cele mai simple, cum sunt dislaliile, provoacă, o dată cu înaintarea în vârstă, dezorganizarea personalității și dezordini comportamentale. Efectele negative se manifestă de la rețineri în vorbire, inhibiție în activitate, blocaje psihice, și pot determina chiar dezorganizarea constituirii însușirilor personalității. Când handicapurile de limbaj sunt mai grave și mai extinse, efectele negative, sunt mai mari, ceea ce duce la o accentuare a tulburărilor de personalitate. Dacă copiii preșcolari și școlari mici acordă mai puțină importanță handicapurilor de vorbire, școlarii mari, puberii, adolescenții și persoanele adulte fac uneori din aceasta adevărate drame. Ei nu înțeleg că frământările în care se zbat nu contribuie la înlăturarea handicapului, ci dimpotrivă, îl accentuează. La majoritatea handicapaților, aceste frământări și comportamente aberante se extind de la relațiile cu familia, cu rudele, prietenii, la colectivul din care face parte intrând adeseori în conflict, având impresia că este neînțeles de acesta.

Atunci când handicapurile de limbaj sunt consecutive altor deficiențe, cum sunt cele senzoriale sau fizice, tulburările personalității și dezordinile comportamentale devin tot mai persistente. Pentru cei cu handicap de intelect, fenomenele nu ne apar atât de complicate, deoarece aceștia nu reușesc, decât parțial și numai în unele cazuri, să conștientizeze situația în care se află. La persoanele cu debilitate ușoară sau la cele cu intelect de limită, handicapurile de limbaj pot constitui, alături de deficiența psihică, factori traumatizanți ce influențează negativ, planul comportamental. Indiciul cel mai evident al unor tulburări de personalitate atât la normali, cât și la deficienții senzoriali, psihici și fizici, îl constituie adoptarea unor comportamente antisociale, dificultăți de integrare în colectiv, izolarea de colectiv și centrarea pe sine, negativismul și încăpățânarea, subaprecierea forțelor proprii, manifestarea unor atitudini egocentriste și egoiste, stări prelungite și dureroase tensional, ce duc la surmenaj fizic și intelectual. Se poate ajunge astfel la anxietăți, complexe de inferioritate și nevroze, ceea ce determină un comportament al handicapaților de limbaj manifestat prin instabilitate, prin mari oscilații de la o situație la alta, de la o zi la alta, de percepera exacerbată a unor stimuli care au o semnificație redusă pentru alte persoane, dar pe care, subiectul îi amplifică și îi recepționează ca factori negativi. De aici rezultă că trăsăturile de personalitate au un ridicat grad de fragilitate și instabilitate. Or, tocmai relația dintre ca-

Scanned with OKEN Scanner

racteristicile stabile și cele instabile denotă un anumit tip de personalitate și, în raport de dominarea uneia sau a alteia, se conturează o personalitate puternică, armonioasă și matură, or, dimpotrivă, o personalitate fragilă, dizarmonică și imatură.

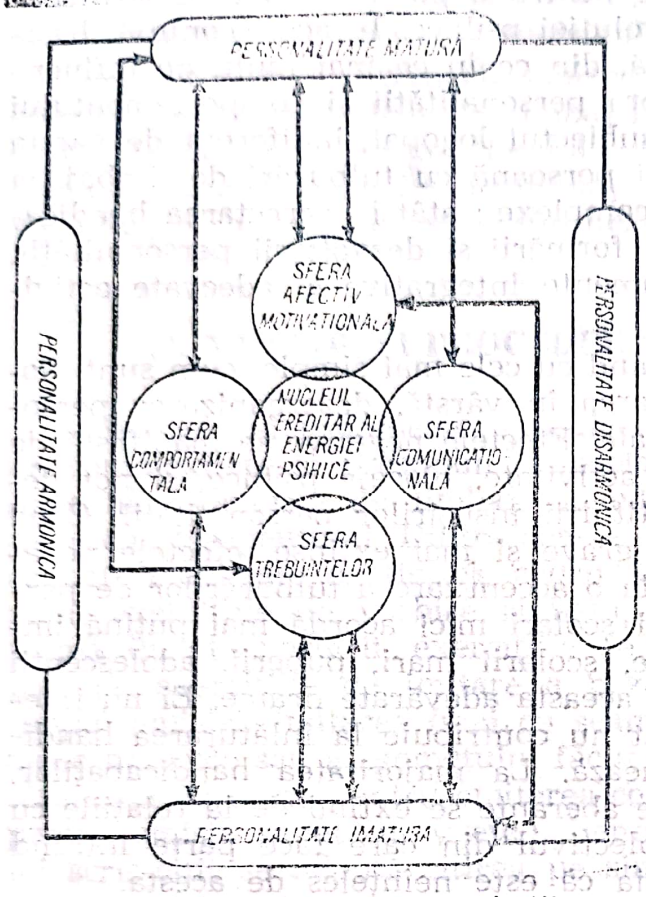


Fig. 5 Dimensiunea personalității la handicapați

În studiul personalității, psihologii au avut dintotdeauna în atenție și deteriorarea acesteia ca urmare a acțiunii unor factori stressanți. Personalitatea handicapatului de limbaj se poate dezorganiza pe fondul stării de inerție, de rigiditate și a fobiei vorbirii ce se întărește sub forma unor legături durabile și obsedante și astfel, vor fi provocate și alte dereglări verbale. În alte cazuri, asemenea situații amplifică handicapurile de limbaj existente prin apariția unui mutism electiv. O dată cu intrarea în școală a copilului cu tulburări de vorbire, tabloul manifestărilor psihice se complică tot mai mult. La aceasta contribuie faptul că prin solicitarea copilului să vorbească în fața colectivului de elevi și neputința acestuia de a se exprima corect atrage ironia celorlalți, copiii punându-l în situația de a trăi mai accentuat hipersensibilitatea afectivă, refuzând să mai răspundă la lecții, de teamă să nu greșească.

Raportate la particularitățile temperamentale, vârstă, educație și dezvoltare mintală, handicapurile de vorbire pot provoca și o excitație psiho-motorie, ce se manifestă prin agitații permanente, neastâmpăr, mișcări dezorganizate, indisciplină. Din aceleași motive, la alți handicapați de limbaj pot apărea manifestări opuse, inhibitive, ce duc la un comportament rigid, uniform și fără un activism adecvat momentelor respective.

În genere, tulburările comportamentale sunt provocate de conflicte lăuntrice, de frământări interne în cazul în care handicapatul nu-și dă seama de posibilitatea rezolvării situației sale dificile. Când conflictele se prelungesc și devin cronice, ele influențează negativ, în primul rând formarea caracterului și nu stimulează dezvoltarea psihică în ansamblu. La aceștia apar frecvent oscilații și contradicții în rezolvarea problemelor, ca și în adoptarea modalităților de acțiune mintală și practică.

Existența handicapurilor de limbaj la persoanele cu intelect deficitar duce la regresia psihică și comportamentală, ca urmare a deficitului funcțiilor de cunoaștere și de exprimare, a imaturității afective, a creșterii sugestibilității, impulsivității și rigidității psihomotorii. Aceasta și

pentru faptul că deficitul de intelect îngreuiază aprecierea concretă și adecvată a situațiilor de viață ce presupun adaptarea comportamentală prin anticiparea acțiunii, a riscurilor și împrejurărilor favorabile în care se află subiectul la un moment dat. În acest sens, legarea genezei afective de geneza gândirii exprimă, în fapt, determinismul psihologic și recunoașterea rolului celor două procese la elaborarea mecanismelor comportamentale. R. Zazzo exprimă aceasta, arătând că inteligența nu este un factor suficient pentru determinarea adaptării sociale, căci o importanță similară o au și factorii emoționali și cei de mediu.

În deprivările de auz și de vedere, handicapurile de vorbire creează probleme supraadăugate, în ceea ce privește comunicarea și integrarea socială. Spre deosebire de debilii mintal, aceștia își dau mai bine seama de situația lor și percep eșecurile repetate ca fiind determinate, în primul rând, de posibilitățile lor reduse de exprimare. Datorită absenței folosirii cuvântului la surzi sau a folosirii cu dificultate la hipoacuzici, precum și a slabei înțelegeri a vorbirii, aceștia au o evoluție psihică și socială mai lentă. Rezultate bune se obțin prin frecventarea grădiniței și a școlii, unde prin conținutul muncii dirijate și metodice se asigură evoluția psihică, demutizarea, și se impulsionează socializarea. În cazul pierderii vederii, se produce un dezechilibru profund în relațiile individului cu lumea externă. Dar dificultățile de pronunțare sunt mai frecvente la nevăzători congenitali, pentru că ei nu au posibilitatea să imite modelul corect, decât pe cale auditivă. Sensibilitatea lor este foarte accentuată, ca și conflictele interne, deoarece au mari dificultăți de orientare în mediu. Ei trăiesc dramatic pe fondul unui intelect normal nu numai deficiența de vedere, dar și handicapul de limbaj.

În ontogeneză, limbajul, comportamentul și personalitatea copilului se dezvoltă sub influența unor factori sociali în care familia, grădinița și școala dețin rolul fundamental și dau semnificații previzibile pentru viața viitorului adult. În acest context se pun bazele interrelațiilor reciproce dintre limbaj, comportament și personalitate. Aceste interrelații devin de necontestat deoarece o dată cu conturarea tot mai evidentă a personalității copilului apare un comportament verbal încărcat de semnificații multiple, o conduită complexă și matură. Nu există nici un echivoc că și conduita verbală poartă pecetea manifestărilor intime și specifice ale personalității, ale felului cum sunt trăite, asimilate și reflectate influențele mediului înconjurător. În același timp, prin intermediul limbajului se exprimă cel mai adecvat stările atitudinale ale omului, cum sunt atitudinea față de sine, față de alții și față de activitate, care toate denotă forme comportamentale afirmate.

Importanța dezvoltării și cultivării conduitei verbale rezultă și din faptul că, datorită ei, subiectul uman se prezintă sub variate aspecte : al capacităților intelective, al trăirilor afectiv-emoționale, al particularităților de temperament, caracter, cultură, vârstă etc. Așadar, se poate afirma că limbajul, conduita verbală definește omul ca persoană cu toate atributele sale. Dar, datorită efectului circular al limbajului, o dată ce a fost manifestat, el are influențe asupra noastră în sensul că reglează și organizează întreaga activitate psihică, prin satisfacțiile și insatisfacțiile ce le simțim în raport cu efectele asupra celor din jur. Astfel, prin intermediul limbajului, putem să ne mobilizăm forțele într-o acțiune pe care o întreprindem sau dimpotrivă, ne putem frâna sau inhiba demersul, respectiv, el ne creează un anumit tonus afectiv, ne facilitează gândirea,

Scanned with OKEN Scanner

meditația, exprimarea trăirilor noastre, în general. Nu așa stau lucrurile la handicapații de limbaj, deoarece în acest lanț funcțional există verigi care nu se sincronizează și nu armonizează bine funcționarea sistemului. Așa cum am văzut, dereglările de limbaj influențează negativ personalitatea ca și mecanismele operative în planul ideal și cel acțional. Dar se obțin progrese evidente o dată cu ameliorarea tulburărilor de limbaj și mai cu seamă prin înlăturarea lor. Iată de ce implicarea educatorului în corectarea și dezvoltarea limbajului prezintă semnificații majore pentru dezvoltarea ființei umane.

TEME DE CONTROL

1. Descrieți metodele și procedeele cu caracter general folosite în terapia logopedică a handicapurilor de limbaj.
2. Enumerați câteva din exercițiile specific logopedice ce au un pronunțat caracter corectiv-recuperativ asupra limbajului handicapat.
3. Analizați relația dintre limbaj-comportament-personalitate.
4. Precizați în ce constă contribuția educatoarei și învățătoarei la dezvoltarea vorbirii și personalității copilului

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XIII

HANDICAPURILE DE MOTRICITATE ȘI PSIHOMOTRICITATE

Categoria handicapurilor motrice și psihomotrice este extrem de variată și cu o gradație întinsă de afecțiuni, de la cele mai ușoare, care nu împiedică desfășurarea normală a activității, până la cele ce au o notă semnificativ defectologică și cu o adâncă marcare a întregii vieți a individului. Când asemenea handicapuri sunt ușoare, nu este nevoie de o intervenție specială, copiii din această grupă reușind să se adapteze normal vieții social-profesionale, dar apar dificultăți la acei copii la care handicapul îi împiedică să intre într-o competiție obișnuită cu semenii lor normali. În cazul acesta se simte nevoia unui program diferențiat care să conțină, în egală măsură, demersuri medicale, psihopedagogice și sociale, menite să creeze cadrul de dezvoltare a întregului potențial restant.

1. ETIOLOGIE ȘI MANIFESTARE ÎN HANDICAPURILE FIZICE

Handicapurile fizice se constituie ca invalidități corporale ce slăbesc puterea și mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare, localizate la nivelul întregului corp ori numai la nivelul unor segmente ale sale. Categoria respectivă cuprinde atât infirmii motori sau locomotori (de motricitate), cât și pe cei care suferă de unele boli permanente (boli respiratorii, cardiopatiile, diabetul etc.) ce influențează negativ capacitatea fizică. În această categorie pot fi încadrați și indivizii cu afecțiuni senzoriale (surzii și orbii) pe care i-am analizat separat, ținând seama de particularitățile lor specifice deosebite.

Handicapurile fizice, de altfel toate celelalte handicapuri, sunt abateri de la normalitate prin dereglări morfo-funcționale care duc la instalarea unor dezechilibre și evoluții nearmonioase. Trebuie subliniat că în lipsa altor anomalii, handicapații fizic sunt normali din punct de vedere al capacităților intelectuale, dar prin situația lor de excepție și într-un mediu nefavorabil, personalitatea lor poate deveni fragilă, cu pro-

nunțate note de frustrație și anxietate, cu conflicte și tensiuni interioare, cu susceptibilitate și sensibilizări excesive, care îngreuiază adaptarea și relaționarea cu cei din jur și integrarea în viața social-profesională.

Cauzele handicapurilor fizice prezintă o mare varietate și pot afecta în grade diferite organismul. Ele pot fi sistematizate, după diferite criterii, în mai multe categorii. Astfel, după un prim criteriu, pot fi împărțite în interne și externe : cele interne — sunt determinate de procesele de creștere și dezvoltare, de natura funcțiunilor somatice, organice și psihice, iar cele externe sunt raportate la condițiile de mediu și viață.

Există o categorie de cauze cu acțiune directă, care interesează elementele proprii ale deficienței, sau indirecte, care produc o afecțiune, ori o deficiență morfologică sau funcțională. Ele pot să afecteze întregul organism și să producă deficiențe globale sau totale, ori să se limiteze la anumite regiuni, segmente sau porțiuni ale corpului și să determine deficiențe regionale, segmentare sau locale.

Frecvent se utilizează și criteriul de împărțire a cauzelor în predispozante, favorizante și determinante, (declanșatoare). Cauzele favorizante ori predispozante sunt în legătură cu ereditatea. Descendenții prezintă, de regulă, asemănări morfologice și funcționale cu ascendenții și colateralii (frații, surorile și rudele apropiate). Acest fenomen biologic este și mai evident atunci când tipurile constituționale ale înaintașilor sunt relativ identice și când condițiile de mediu și de viață prezintă asemănări. Tot în această grupă, a cauzelor predispozante, putem încadra și influențele nocive pe care le suferă organismul fătului în viața intrauterină. Debilitatea congenitală și imaturitatea, nașterea prematură și accidentele obstetricale pot constitui baza unor deficiențe care se manifestă nu numai imediat după naștere, ci și mai târziu, cu repercusiuni în evoluția ulterioară.

Favorizanți pentru producerea handicapurilor fizice sunt socotiți și factorii care influențează în sens negativ starea de sănătate și funcționarea normală a organelor, mai ales în perioadele de creștere și de dezvoltare activă a copilului. Astfel de cauze slăbesc rezistența organismului, scad capacitatea funcțională a aparatului de sprijin si mișcare și diminuează rolul reglator al sistemului nervos central. Printre aceste cauze favorizante se numără condițiile inadecvate de igienă și viață, lipsa de organizare a activității și repaosului, regimul alimentar necorespunzător, nivelul scăzut de aer și de lumină în locuință, hrană insuficientă, îmbrăcămintea incomodă, defectuos confecționată, dormitul în paturi prea moi, cu perne multe în care corpul se afundă și se curbează exagerat sau tari și incomode, care nu facilitează odihna normală pentru copiii ce sunt în perioada de creștere. În aceeași ordine de idei putem invoca lipsa unei educații raționale și un regim defectuos de viață, lipsa de supraveghere și control din partea părinților și educatorilor care se constituie în cauze, adeseori ignorate, dar importante mai cu seamă pentru vârstele preșcolarității și școlarității.

De asemenea, bolile cronice, convalescențele lungi, intervențiile chirurgicale dificile, debilitatea fizică, tulburările cronice (organice și psihice), precum și unele anomalii senzoriale, și în special cele ale văzului și auzului, favorizează apariția și evoluția rapidă a handicapurilor fizice. Așadar, cauzele incriminate produc sau declanșează procesele patologice ce stau la baza celor mai frecvente deficiențe fizice, ele alterează struc-

Scanned with OKEN Scanner

tura și modifică funcțiunile normale ale organismului prin accidente și îmbolnăviri, leziuni sau dereglări mai mult sau mai puțin extinse.

Factorii declanșatori din perioada intrauterină se împart în două mari categorii. Primele se referă la malformațiile și deformațiile congenitale, care se produc prin nedezvoltarea sau dezvoltarea anormală a corpului întreg, dar mai ales a anumitor porțiuni, sub acțiunea unor infecții cu caracter cronic (sifilis, paludism, tuberculoză), la intoxicații lente (alcoolism, medicamente, săruri radioactive), la tulburări endocrine și neuropsihice, la carențe alimentare sau vitaminice, la boli ale sângelui și la altele care sunt mai puțin cunoscute.

Cele din a doua categorie privesc acțiunea mediului extern nefavorabil ce se răsfrânge asupra fătului prin intermediul organismului matern. Temperatura prea joasă sau prea ridicată, umiditatea excesivă, acțiunea razelor X, traumatizarea abdomenului gravidei, carențele alimentare, avitaminozele, ingerarea unor medicamente sau substanțe toxice, condițiile de viață și de muncă, vârsta înaintată a părinților și alți factori care pot produce o dezvoltare anormală a copilului în uter.

Malformațiile congenitale pot constitui și ele cauza unor afecțiuni secundare, prin condițiile anormale statice și dinamice, ce nu creează condiții obișnuite de dezvoltare a organismului aflat în plin proces de creștere.

În aceeași categorie de cauze se înscriu, tot cu acțiune nemijlocită, cele care produc efecte negative în timpul nașterilor, fie ca urmare a eforturilor excesive depuse de mamă, fie a intervențiilor traumatizante, favorizând instalarea unor congestii și hemoragii cu urmări foarte grave pentru copil. Tot din categoria traumatismelor fac parte manevrele greșite de degajare a capului copilului care se pot solda cu ruperea sternocleido-mastoidianului sau a unor țesuturi la diferite niveluri, cum ar fi al plexului cervicobranhial (cu consecințe grave pentru structura și funcțiunea membrului superior), leziuni ale articulațiilor și chiar a oaselor, mai ales a membrelor inferioare.

O atenție specială trebuie acordată cauzelor cu acțiune defavorabilă asupra dezvoltării organismului, în perioada copilăriei. Astfel sunt bolile și accidentele care produc anomalii morfologice și funcționale. Dintre acestea, cele mai frecvente interesează aparatul locomotor (oase, articulații, mușchi, nervi).

Scheletul osos, care constituie mijlocul cel mai important de sprijin al corpului, poate deveni, prin poziția asimetrică sau deformarea segmentelor sale, o cauză frecventă a deficienței. Fracturile vicios consolidate, osteomielitele, tuberculoza osoasă și alte afecțiuni osoase degenerative stau la baza celor mai grave infirmități. La rândul lor, mobilitatea prea mare sau prea mică a articulațiilor ca și mișcările anormale pot determina deficiențe morfologice și funcționale manifestate, în special, prin reducerea posibilității de coordonare a comportamentelor motrice. Sunt semnificative atitudinile sau poziția incorectă adoptată de unii elevi mai mari, care favorizează o serie de deficiențe, cum ar fi cifoza și spatele cifotic, lordoza sau spatele lordotic, scolioza, spatele rotund. Și modificările patologice în structura și funcțiunile mușchilor pot produce o categorie de deficiențe. Din acestea menționăm : scăderea volumului, tonusului și forței musculare, ca în atonii și hipotonii, sau exagerarea tonusului, ca în cazurile de contractură, rigiditate etc. Formele respec-

Scanned with OKEN Scanner

tive apar pe fondul oboselii sistemului nervos central ce duce la scăderea capacității de control a scoarței, favorizând producerea unor atitudini defectuoase. Afecțiunile neuro-musculare sunt determinate și de poliomielite, encefalite și meningite care au o mare incidență în infirmități.

În fine, nu trebuie excluse din clasificarea noastră o serie de cauze diverse cum ar fi : tulburările de metabolism și hormonale, leziunile prin arsuri si degerături, chondrodistrofiile, apofizitele și epifizitele, miopatiile, atrofiile musculare progresive, ataxiile etc.

2. CLASIFICAREA HANDICAPURILOR FIZICE

Literatura de specialitate conține mai multe feluri de clasificări efectuate după criterii diverse. Noi ne vom opri asupra clasificărilor acceptate de specialiștii din domenii diferite cu precizarea principalelor note specifice. Astfel, se disting două categorii mari de handicapuri fizice :

a. morfologice sau de structură ;

b. funcționale sau de activitate.

Și unele și celelalte pot fi subgrupate în raport de întinderea și profunzimea afecțiuni, în :

globale (generale sau de ansamblu) ;

parțiale (regionale sau locale).

În subgrupa *deficiențelor morfologice globale*, semnalăm următoarele caracteristici specifice :

a. *de creștere*, reprezentate de hiposomie și nanosomie (statură foarte mică), hipersomie și gigantism (statură foarte înaltă sau exagerată), dizarmonii (când subiecții sunt înalți și subțiri sau scurți și grași), disproporționalități (între dimensiunile în lungime, înălțime și volum ; între cap și trunchi etc.) ;

b. *de nutriție*, între care vom aminti obezitatea (țesut adipos abundent sau exagerat), debilitatea fizică (dezvoltarea sub normal a somei însoțită de dezechilibru nutritiv) ;

c. *de atitudine*, care pot fi determinate de insuficiența aparatului de susținere — atitudine global insuficientă — rigiditate — (tonus muscular exagerat), atitudine global asimetrică (poziția asimetrică a scheletului osos și a articulațiilor) ;

d. *tegumente*, caracteristice ca fiind palide, ceanotice (vineții), uscate sau umede, cu pete, cicatrici sau exeme, hipertricoză (abundența părului pe întregul corp) ;

e. *musculatura* poate fi medie, redusă, foarte redusă, cu tonus normal, scăzut sau crescut ;

f. *oasele* subțiri sau groase, lungi sau scurte, cu schelete traumatice, rahitism etc. ;

g. *articulațiile*, care pot fi deformate, cu mobilitatea redusă sau exagerarea mobilității ;

h. *de comportament* : inhibat, apatic, astenic, instabil.

Din subgrupa *deficiențelor morfologice parțiale*, reținem :

A. *Deficiențe ale capului, feței și gâtului*

— *cap* — macrocefal (mai mare ca normal);
microcefal (mai mic decât normal);
branhicefal (fără proeminența occipitală), doliocefal (cu diametrul anteroposterior alungit și cu „șa" la mijloc);
hidrocefal (cap exagerat de mare, cu o culoare specifică a pielii), cu asimetrii, cu înfundări ale fontanelelor, cu proeminențe ale foselor;

— fața — ovală, alungită sau lățită; asimetrică, cu malformații, cicatrici, pareze, cu afecțiuni ale ochilor (strabism, înfundați, apropiați etc.), ale nasului sau ale urechilor, dinți vicios implantați, boltă palatină înfundată;

— *gâtul* — poate fi lung sau scurt, subțire sau gros, cifotic, lordotic sau scoliotic, înclinat și răsucit (torticolis), cu relief tiroidian accentuat sau asimetric.

B. *Deficiențe ale trunchiului*

— *toracele* poate fi lung sau scurt, îngust sau larg, bombat, plat, lărgit, la bază sau la vârf, asimetric, cu stigmate rahitice, strangulat (supra sau submamar) cu stern înfundat, în formă de pâlnie sau carenat;

— *abdomenul* poate fi proeminent, bilobat (strangulat), cu hernii sau eventrații, tonic sau moale, elastic etc.;

— *spatele* poate fi plan, cifotic, lordotic, scoliotic, rotund, asimetric, cu gibozități și înfundări;

— *coloana vertebrală* — „stâlpul de susținere" sau axa „verticalității umane" — poate suferi o serie de modificări prin accentuarea curburilor fiziologice, cum ar fi: cifozele, lordozele sau cifolordozele; la acestea putem adăuga deviațiile în plan frontal de tipul scoliozelor cu una sau mai multe curburi (la care se asociază asimetrii ale umerilor etc.);

— *bazinul* se poate prezenta cu asimetrii, larg sau îngust, denivelat (căzut înainte și în jos, înainte și în sus, înapoi), înclinat lateral.

C. *Deficiențe ale membrelor superioare*

— *în totalitate inegale* (în lungime și grosime), asimetrice, deviate (în plan frontal sau sagital), proiectate înainte sau rămase înapoi, în flexie sau în extensie, în pronație sau supinație, apropiate sau depărtate de corp;

— *umerii* pot fi largi sau înguști, căzuți sau țepoși, aduși sau abduși, asimetrici;

— *brațele* (partea superioară — de la umăr la cot) sunt cele care determină deficiențele și pozițiile deficitare ale membrelor superioare în întregime;

— *coatele* pot fi în flexie sau în extensie, în var (în paranteză „0") sau în valg (în „X");

— *antebrațele* — inegale ca lungime sau grosime, curbate, asimetrice, în pronație sau în supinație, cu sechele traumatice;

— *degetele* pot fi cu anomalii congenitale, cu deviații, retracții, în flexie;

— *omoplații* — apropiați sau depărtați, coborâți sau ridicați, lipiți sau desprinși, basculați, asimetrici.

Scanned with OKEN Scanner

D. *Deficiențe ale membrelor inferioare:*

— *în totalitate* (deficiențe și aspect dat de coapsă) pot fi inegale în lungime și grosime, cu înclinări și poziții diferite cu sechele de paralizii sau traumatisme ;

— *contracturi* sau *deficiențe* morfologice ;

— *șolduri* — cu relief accentuat (depuneri adipoase), asimetrice (luxații sau subluxații congenitale, semianchiloze sau anchiloze în poziții vicioase), deformații ale cotului și capului femural, contracturi ;

— *genunchi* în *flexie* sau în *hiperextensie*, cu sechele traumatice sau paralitice, asimetrici ;

— *gambele* recurbate, cu cicatrici posttraumatice sau sechele de paralizii, asimetrice, inegale (în lungime sau în grosime) ;

— *gleznele și picioarele* pot fi asimetrice, strâmbe, în valg, planovalgi, aduse sau abduse, scobite ;

— *degetele picioarelor* în „ciocan" (în flexie cu sprijin pe unghii), halux-valgus, strâmbe, suprapuse, cu deformații etc.

Din grupa *deficiențelor funcționale* desprindem :

A. *Deficiențe ale aparatului neuromuscular*, care cuprind diferite forme și grade de paralizii (ca manifestare a unor sindroame piramidale, piramido-extrapiramidale etc.), mișcări atetozice, coreo-atetozice, tulburări de mers, echilibru, coordinare, ritm, apucare etc.

B. *Deficiențe și tulburări ale aparatelor și marilor funcțiuni:*

— deficiențe și tulburări ale aparatului respirator (insuficiențe respiratorii) ;

— deficiențe și tulburări ale aparatului cardiovascular (insuficiențe circulatorii), care se manifestă prin ceanoze, edeme, prin subdezvoltarea copiilor (care sunt mici și slabi, lipsiți de energie, nu se adaptează la eforturi fizice, obosesc repede etc.) ;

— deficiențe și tulburări ale aparatului digestiv și ale funcțiilor de nutriție (abdomenul proeminent, ptoza organelor interne, debilitatea fizică sau obezitatea etc.) ;

— deficiențele sistemului endocrin se manifestă prin tulburări de creștere și dezvoltare (nanism hipofizar, gigantism, obezitate cu insuficienta dezvoltare a glandelor și organelor genitale etc.) ;

— deficiențele organelor de simț (deficiențe prin tulburări de vedere, de auz, care determină o serie de abateri de la normal în poziția corpului — de tipul cifozelor, scoliozelor, cifoscoliozelor ș.a., cu toate asocierile și manifestările ce le însoțesc).

3. SPECIFICUL TERAPIILOR CORECTIV-RECUPERATIVE ȘI PROBLEMELE PROTEZĂRII

Asemenea terapii privesc mijloacele culturii fizice medicale și se aplică simultan sau consecutiv tratamentului medical. Ele cuprind exerciții fizice, special selecționate și sistematizate în tehnici adaptate fiecărui handicap în parte. În același timp se mai folosesc o multitudine de mijloace de tip masaj, fizioterapie, balneoterapie, climatoterapie ș.a.

Indicațiile ce trebuie avute în vedere încep cu principiul „primo-non nocere" (în primul rând să nu faci rău), și respectă principiile gra-

Scanned with OKEN Scanner

dării și dozării efortului, a spiralei de la ușor la greu, de la cunoscut la necunoscut, a consolidării rezultatelor obținute.

Un aspect care nu trebuie să fie ignorat este cel al folosirii tuturor mijloacelor pentru a asigura prevenirea instalării deficiențelor, prin alcătuirea unui regim igienic de viață și muncă, dirijarea regimului de alimentație, prevenirea suprasolicitărilor și instalării oboselii, folosirea factorilor de mediu (apa, aerul, soarele) și a exercițiilor fizice într-o îmbinare armonioasă și echilibrată.

Protezarea impune luarea unor măsuri severe, uneori radicale (intervenția chirurgicală), dar și o serie de mijloace ortopedice de tipul talonetelor, corsetelor etc., care se folosesc temporar și în scopul de a pune în poziții corecte anumite atitudini sau de a corecta deficiențele concomitent cu efectuarea unui tratament cauzal corectiv (prin cultură fizică medicală). Subliniem că tot în această categorie se includ și alte sisteme de protezare bine cunoscute, cum ar fi corectarea deficiențelor de văz, auz ș.a., prin ochelari, aparate acustice etc.

Protezările cele mai cunoscute sunt cele folosite pentru înlocuirea unui organ, (ochi de sticlă — spre exemplu —), a unui segment (antebraț-mână sau membru superior sau inferior în întregime etc.). Acestea sunt făcute de instituții specializate în protezări sau de ateliere profilate pentru protezare în cadrul spitalelor multifuncționale. Se impune să amintim că există și protezări care nu sunt vizibile, ele realizându-se prin înlocuirea unor organe interne sau a unor componente ale acestora (de exemplu segmente ale unor vase ale aparatului circulator, valve ale cordului ș.a.m.d.).

Atât semiprotezările, cât și protezările ridică o serie de probleme deosebite, prin modificarea structurii și comportamentului psiho-social al individului, iar în țările cu o educație și un nivel mai scăzut de cultură, apare o reacție neconcordantă a membrilor societății față de indivizii purtători ai unor asemenea sisteme sau modalități compensatorii.

De aceea, este foarte importantă acțiunea educațională cu dublu sens : asupra tuturor și asupra celor afectați. În acest sens, fiecare om trebuie să acorde înțelegere, dar fără compătimire, sprijin, dar nu din milă etc., acelor membri ai colectivității care sunt în situații speciale.

În ceea ce privește handicapul creat de deficiențele sau tulburările *psihomotricității*, este necesar să arătăm că acestea se asociază în toate cazurile cu handicapurile fizice, de cele mai multe ori având o cauzalitate comună, iar în multe situații deficiențele fizice devin cauze și ale tulburărilor psihomotrice.

Psihomotricitatea este o funcție complexă care integrează și subsumează manifestările motrice și psihice ce determină reglarea comportamentului individual, incluzând participarea diferitelor procese și funcții psihice care asigură atât recepția informațiilor, cât și execuția adecvată a actului de răspuns.

Complexitatea psihomotricității se poate exprima schematic prin :

1. *schema corporală* (proprie, a partenerului, pozițiile corpului, lateralitatea, controlul segmentelor, dominanta-manuală, oculară, a membrului inferior) ;

2. *conduitele motrice* de bază (corodonarea generală și segmentară — deprinderi motrice de bază și calități motrice — controlul postural care se referă la echilibrul static și dinamic, simțul ritmului, respirația) ;

Scanned with OKEN Scanner

3. *conduitele perceptiv—motrice* (orientarea, organizarea și structurarea spațială, care incude noțiuni dem ărime și distanță, pe cele de direcție, situație și orientare, ca și pe cele de relație ; orientarea, organizarea, structurarea temporală) ;

4. *motricitatea fină* sau *psihomotricitatea diferențiată ;*

5. *relaxarea și controlul inhibiției* (relaxarea globală, segmentară și controlul mișcărilor) ;

6. *reglarea și autoreglarea mișcărilor prin limbaj* (executarea de mișcări după comanda verbală, executarea de mișcări după autocomandă, în fața oglinzii, și execuții după comenzi între parteneri).

Între cauzele care determină unele aspecte ale handicapului psihomotric se înscriu deficiențele fizice ca și alte tipuri de handicap, cum ar fi cele senzoriale (hipoacuzia și surditatea, ambliopia și lipsa vederii cecitatea) — cu cauzele care le-au determinat.

Cea mai mare parte a cauzelor care generează handicapurile psihomotorii sunt în stânsă legătură cu tulburări ale funcțiilor nervoase superioare cu repercursiuni atât în dezvoltarea proceselor psihice, cât și a motricității.

În clasificarea handicapului psihomotor se iau în considerare schema elementelor care compun psihomotricitatea. Astfel, în schema corporală se descriu ca tulburări necunoașterea părților propriului corp sau ale partenerului, incapacitatea de a stabili relații corecte-spațiale între corpul propriu și obiectele din jur sau a obiectelor între ele, incapacitatea de a folosi corect membrele în executarea gesturilor, ca urmare a lipsei de concentrare în imitare sau în cunoașterea tuturor posibilităților spațiale ale propriului corp, tulburări ale coordonării etc. În ceea ce privește lateralitatea și ambidextria, consemnăm printre cele mai frecvente tulburări — dificultatea sau imposibilitatea de a deosebi partea dreaptă de partea stângă a corpului, neînsușirea sensului grafic sau lexic, dificultățile în discriminare vizuală, scrierea ca în oglindă, folosirea preferențială a unor segmente pentru gesturile de precizie și a celorlalte pentru cele de forță etc.

Referindu-ne la conduitele motrice de bază, este necesar să arătăm că formele de manifestare a handicapurilor, în cazurile respective, sunt mult mai variate și mai complexe, deoarece segmentele interesante sunt în directă incidență cu incapacitatea de control și coordonare a scoarței cerebrale. Ele se extind la tulburările, scăderile sau incapacitatea de a merge, a sări, a arunca-prinde, care se datoresc unei cauzalități diverse (de origine nervoasă, endocrină, psihogeneză etc.), la tulburări ale echilibrului static și dinamic, la coordonări generale și segmentare, ale simțului ritmului. În ceea ce privește deficiențele de coordonare, ele se manifestă prin dizarmonia gesturilor, lipsa de îndemânare în mișcările de autoservire sau în activitatea curentă, viteza de realizare a unor activități curente — îmbrăcatul, spălatul ș.a. (D. Moteț).

Conduitele perceptiv-motrice, care includ elementele de orientare, organizare și structură spațială, apar deficitare prin greșita integrare a schemei corporale, prin tulburările de lateralitate, insuficienta antrenare a copilului în activitatea de manipulare (manipularea este extrem de restrânsă), ceea ce conduce la dezordine. Dacă se cunosc termenii spațiali, se întâmpină greutăți în perceperea pozițiilor (nu percepe direcția de sus-jos, confundă pe „n“ cu „u“, „b“ cu „p“ etc.), nu achiziționează sensul grafic în scriere etc. ; deficitul se mai poate manifesta prin

dezorientare, prin teama de spațiile mari ; de situațiile noi, prin lipsa de încredere în forțele proprii, citește corect, dar sare rândurile textului etc. La acestea mai putem adăuga incapacitatea de a-și organiza locul de muncă și joacă, realizarea cu greu a noțiunii de „oblic", fapt ce se repercutează în procesul de însușire a scris-cititului, dificultăți de înțelegere a relațiilor spațiale.

În ceea ce privește organizarea, orientarea și structurarea temporală, întâlnim incapacități privind ordinea și succesiunea evenimentelor, nu poate situa faptele desfășurate „înainte" și „după", organizarea stânga-dreapta este incorectă. În același context se înscrie și incapacitatea de a percepe intervalele, ritmul este neregulat, nu are noțiune de oră și nu-și poate organiza propriul timp.

În ceea ce privește motricitatea fină (relaxarea și inhibiția), handicapul apare ca urmare a deficitului de inhibiție, a incapacității de a se orienta, concentra sau persevera într-o acțiune. Apraxia (incapacitatea de a executa mișcări adoptate unui scop), dispraxia (incapacitatea de a exprima și coordona gesturi sau de a efectua mișcări adaptate unui scop), dizgrafia motrică ș.a.

Se impune ca activitatea de corectare și recuperare a handicapului psihomotor să fie înțeleasă în contextul celorlalte activități corectiv recuperatorii, dar cu specificul ei, care este aparte de cultura fizică medicală și logopedie, deși o parte dintre mijloace sunt aceleași.

Obiectivul fundamental al educației este acela de a realiza autonomia handicapatului și de a dezvolta funcțiile potențiale, printr-o metodologie recuperativ-comportamentală specifică și diferențiată, în raport de vârstă și nivelul achizițiilor psiho-fizice. Integrarea trebuie să se realizeze în trei planuri : *economic, cultural* și *personal* (P. Olèron).

O atenție deosebită trebuie acordată acelor copii care sunt nevoiți să rămână o perioadă de timp izolați (acasă sau în spital), limitându-le experiența și accesul nemijlocit la activitățile recuperative. Fenomenele sunt asemănătoare și în cazul copiilor paralitici, cu infirmități motorii cerebrale, a infirmilor motorii etc., care au dificultăți de deplasare, privându-i de posibilitatea de a beneficia de activitățile instructiv-educative. Pentru a suplini aceste neajunsuri, se practică învățământul la domiciliu, în institute sau clase speciale, beneficiind de mijloace de învățământ în instituții de tratament sau de cură. O astfel de organizare pe cele trei forme, permite cuprinderea întregii populații handicapate.

Succesul activităților recuperativ-educative este legat și de începerea acestora cât mai de timpuriu. La acestea se adaugă și antrenarea și pregătirea părinților, a familiei pentru a putea fi un sprijin real în continuarea unor activități în afara instituțiilor, dar și pentru a manifesta înțelegerea necesară față de handicapat.

TEME DE CONTROL

1. Enumerați cauzele handicapurilor de motricitate și psihomotrocitate.
2. Descrieți și comparați handicapurile motrice (fizice) cu cele de psihomotricitate.
3. Analizați specificul metodelor corectiv-recuperative în aceste forme de handicap.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XIV

HANDICAPURILE DE COMPORTAMENT

Comportamentul reprezintă expresia relației dintre dezvoltarea psihică, mai cu seamă a personalității, și mediul ambiant, în care trăiește individul. Acesta este confruntat cu o serie de situații cărora trebuie să le facă față și să adopte răspunsuri cu caracter adaptativ, să înțeleagă și să poată anticipa momentele mai importante, să acționeze asupra mediului și să se integreze în normele de convieţuire socială. Pentru aceasta, comportamentul este dependent, pe de o parte, de nivelul intelectului, de cunoștințele și experiența de viață a subiectului, iar pe de altă parte, de caracteristicile organizării sociale și funcționalitatea relațiilor intersubiective. Astfel, subiectul se construiește pe sine, se autodelimitează și autoreglează prin raportări la cei din jur, adoptând atitudini specifice față de aceștia. La rândul lor, grupul, școala, societatea îi influențează activitatea și îl remodelează după caracteristicile specifice ce le posedă, imprimându-i un set de valori și norme specifice. Copilul se dezvoltă și se modelează progresiv printr-o raportare continuă la statuturile și rolurile părinților, iar ulterior și în funcție de alte persoane. La început imită comportamentul adulților și adoptă modele din mediul familial, ca apoi să învețe și să experimenteze noi comportamente.

Calitatea influențelor familiale și a grupurilor determină structurarea unor comportamente proprii, pe fondul dezvoltării psihice de ansamblu, ele putând fi adaptative, integrative și racordate la normele sociale sau, dimpotrivă, aberante, dezadaptative și de conflict în raport cu parametrii sociali.

1. CAUZELE ȘI FORMELE HANDICAPURILOR DE COMPORTAMENT

Într-un fel sau altul, manifestările comportamentale sunt trăite în plan intern, iar odată produse au un efect circular, în sensul că efectele lor se repercutează asupra subiectului, menținând, amplificând sau modificând caracteristicile ce au stat la baza declanșării acțiunilor respective.

Astfel, se formează un stil comportamental care, alături de însușirile de personalitate, îl definește pe subiect ca ființă unică, irepetabilă. Indiferent de forma comportamentului (afectiv, cognitiv, verbal, ludic, psihomotor) acesta se corelează cu structurile dominante ale personalității și cu tipurile de comunicare care se structurează în raport de ceea ce numim *nucleul ereditar al energiei psihice* a subiectului.

Ținând seama de cele de mai sus, putem vorbi de o categorie de tulburări în planul intern și de alta, în planul extern, ca expresie a manifestării în afară a trăirilor subiective (a primelor). Ca atare, în plan intern pot avea loc tulburări de tipul :

— anxietăți și frustări prelungite ; — instabilitate afectivă și depresie ; — ostilitate și neacceptarea colaborării cu cei din jur ; — slabă dezvoltare afectivă și indiferență ; — izolare și evitarea celor din jur ; — trăirea unor tensiuni exacerbate, prin conștientizarea unor handicapuri ; — repulsie față de activitate ; — dereglări ale unor funcții psihice etc.

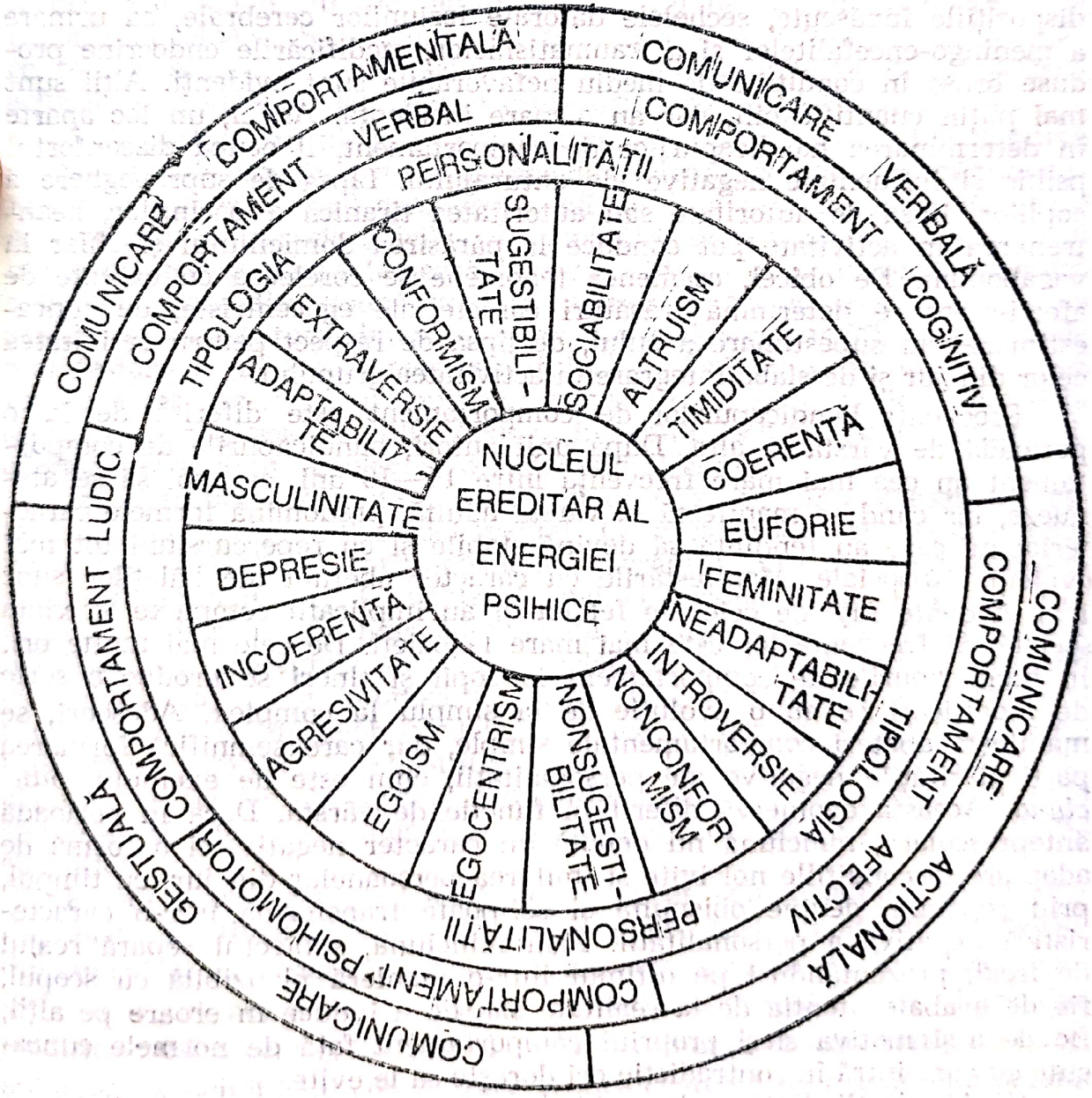


Fig. 6 Schema bloc a unității dintre personalitate și comunicare, pe fondul diversificării formelor comportamentale.

Acestea determină handicapuri comportamentale de forme și intensități diferite, în funcție de extinderea și profunzimea dereglărilor interioare, concretizându-se, în exterior, prin :

— reacții afective instabile și de o anumită intensitate (frică, mânie, furie, râs și plâns nestăpânit) ; — agitație motorie și mișcări dezorganizate ; — negativism și apatie ; — teribilism și inflatuare ; — minciună și spirit de contrazicere ; — furt și vagabondaj ; — cruzime și aberații sexuale etc.

Toate aceste perturbații sau aberații pot avea o multitudine de cauze care acționează asupra subiectului în diferite perioade de vârstă. Dar pe noi ne interesează, în special, vârstele copilăriei atât pentru faptul că structurile psihice sunt în continuă formare, iar posibilitățile de discernere sau de a evita factorii negativi sunt mai eficiente.

Subliniem că în stabilirea etiologiei handicapurilor de comportament apar o serie de dificultăți datorate varietății factorilor negativi și a recepției diferite de la un subiect la altul. Totuși, unii factori, ca predispozițiile înnăscute, sechelele datorate leziunilor cerebrale, ca urmare a meningo-encefalitelor și a traumatismelor, modificările endocrine produse brusc în condițiile de mediu nefavorabile sunt evidenți. Alții sunt mai puțin cuantificabili, dar au o mare incidență. Astfel, un loc aparte în determinarea handicapurilor de comportament, îl ocupă disconfortul psihic și influențele negative ale anturajului. Lipsa de supraveghere a copiilor, lipsa de autoritate sau autoritatea tiranică a părinților, neantrenarea în activitate pot conduce la părăsirea domiciliului și chiar la vagabondaj. De obicei, asemenea fenomene se corelează cu carențe de afectivitate ce determină trăsături caracteriale egocentriste, de supraestimare sau subestimare a eului, de lipsă de respect pentru activitatea celor din jur și de slaba integrare în activitatea grupului.

Frecvența handicapurilor de comportament este diferită de la o perioadă de vârstă la alta. După unii autori, handicapurile de comportament au cea mai mare frecvență între 14—16 ani, ca apoi să se atenueze, iar când se manifestă la vârsta adultă, predomină formele caracteriopate care au tendința să devină stabile și cu repercursiuni tot mai evident antisociale. Manifestările cu caracter aberant ale băieților sunt mai evidente față de cele ale fetelor și au implicații complexe în viața socială. Și frecvența lor este mai mare la băieți. De cele mai multe ori, în handicapurile de comportament la copii și tineri se produc o serie de modificări ce au o evoluție de la simplu la complex. Adeseori, se manifestă abateri comportamentale simple, dar care semnifică formarea particularitățile negative ale personalității, cum este de exemplu, *minciuna.* Aceasta evoluează diferit în funcție de vârstă. Dacă în perioada antepreșcolară, minciuna nu denotă un caracter negativ, ci o formă de adaptare la condițiile noi ivite și imitarea persoanelor din jur, cu timpul, prin repetare, devine obișnuită și se poate transforma într-o caracteristică negativă a personalității. Prin minciună, subiectul separă realul de ireal, prezentându-l pe ultimul într-o manieră plauzibilă cu scopul, fie de a abate atenția de la realitate sau de a induce în eroare pe alții, fie de a-și motiva sieși propriul comportament față de normele cunoscute cu care intră în contradicție ori dorește să le evite.

Cu implicații dintre cele mai grave, în tulburările de comportament este *furtul.* În ontogeneza timpurie, furtul se manifestă sub o formă incipientă, prin însușirea forțată sau brutală a jucăriei partenerului, ca

mai târziu să ia forma însușirii obiectului dorit pe furiș cu o nuanță de lașitate. Studiile din domeniul psihologiei delicvenței juvenile evidențiază faptul că la baza majorității furturilor se află un sentiment de frustrare cu pronunțate note de anxietate. Furtul efectuat în bandă îmbracă forme mai grave și cu pronunțate note de teribilism, mai ales la tineri.

Vagabondajul se constituie ca o deteriorare comportamentală gravă, cu o evoluție spectaculară ce este dublată, adeseori, de alte forme aberante, cum ar fi prostituția și perversiunile sexuale. O serie de cercetări menționează influențele negative exercitate asupra copilului de perceperea de către acesta a relațiilor anormale dintre părinți. Astfel, copilul poate fi tensionat și dereglat de atmosfera morală nefavorabilă, destrămarea familiei, decesul unuia dintre părinți sau al ambilor, prezența unui părinte vitreg, alcoolismul părinților, abaterile comportamentale ale părinților, manifestarea lor trivială ș.a. Fenomenele respective pot fi provocate de o situație biopsihologică sau de una economico-socială necorespunzătoare. Se impune să fim atenți și la situațiile accidentale, ce se pot ivi pe un teren de tensiune psihologică favorabil producerii actului corespunzător cu efecte asupra comportamentelor ulterioare.

În raport cu furtul, *jaful* este o formă de comportament foarte gravă și are loc sub amenințare sau ca act de violență. Situația comportamentală este tragică și mai complexă când jaful se produce în bandă, ceea ce evidențiază caracteristicile personalității dizarmonice. De cele mai multe ori aceste comportamente apar la subiecții cu o dezvoltare psihică scăzută în care discernământul este limitat. Pe același fond apar și este semnificativă legătura dintre *fuga de acasă și vagabondaj*, ca forme de manifestare a unui comportament tulburat. Mai frecvent, un asemenea fenomen are loc în cazul copiilor introvertiți, emotivi, anxioși, dar și la aceia care se găsesc la polul opus : instabilii psihic, agitații, frustrații, afectiv, neadaptații la colectiv, conflictualii și labilii.

În perioadele de mutații sociale și de crize se înregistrează o creștere a infracționismului și delicvenței. La baza producerii acestor fenomene stau o serie de comportamente aberante. Spre exemplu, comportamentul aberant moral evoluează mai cu seamă după 6—7 ani. Dar până în pubertate și chiar adolescență un asemenea comportament se manifestă ca inadaptare familială, școlară și socială. Ulterior, începând cu pubertatea, poate îmbrăca și forma unor manifestări antisociale cu predominarea conduitelor predelicvente, ca urmare a nedezvoltării simțului responsabilității, a conștiinței de sine limitate, a imaturității socioafective și sociale. În genere, conduitele aberante se produc în mod stereotip și pun în evidență o incapacitate de progres sub influența educației.

Există și alte categorii de handicapuri de comportament ce se produc prin modificarea activității intelectuale, mai cu seamă în sensul diminuării ei ca urmare a unui consum nervos rapid, cu instalarea oboselii. În felul acesta se instalează fenomenele astenice care determină modificări cu efecte și în planul psihic : diminuarea activității mnezice, scăderea capacității de concentrare și incapacitatea de a îndeplini sarcini complexe. În plan comportamental, apare anxietatea, irascibilitatea, insomnia, excitabilitatea sau inhibiția motorie, scăderea apetitului pentru activitate, manifestarea unor dereglări ale limbajului, încăpățânarea, ne-

Scanned with OKEN Scanner

gativismul etc. Greşelile de educaţie, manifestate printr-o tratare nediferenţiată şi fără a se ţine seama de particularităţile psihoindividuale ale copiilor ori tratarea discriminativă şi notarea incorectă, provoacă scăderea interesului pentru învăţare şi nu facilitează formarea de atitudini integrative.

2. EFECTELE HANDICAPURILOR DE COMPORTAMENT ÎN PLAN ŞCOLAR ŞI SOCIO-PROFESIONAL

O serie de handicapuri ale conduitei se datoresc şi factorilor psihopedagogici neadecvaţi care îşi găsesc un teren favorabil pe fondul unor posibilităţi intelectuale limitate şi a interesului scăzut pentru activităţile cu caracter cognitiv. Carenţele educative au o arie largă şi se extind de la greşelile părinţilor, manifestate prin lipsa de preocupare faţă de copii, indiferenţă afectivă, nestimularea afirmării personalităţii copilului şi terminând cu mediul şcolar tensionat, ca urmare a nerespectării caracteristicilor psihoindividuale ale elevilor, a lipsei de tact pedagogic, favoritism, atitudini neprincipiale, descurajarea unor elevi etc. Toate acestea duc la absenteism, hoinăreală, lene, negativism faţă de activitatea şcolară, opoziţie faţă de efort şi atitudini negative la adresa colectivului.

Elevii care nu sunt adaptaţi la viaţa şcolară prezintă, pe de o parte, discordanţe între capacităţile psihice şi calitatea efortului depus, iar pe de altă parte, între nivelul cerinţelor şi exigenţele procesului instructiv-educativ. Insuccesul sau eşecul şcolar se poate manifesta la o disciplină ori la mai multe, când apar dificultăţi de adaptare ce se generalizează la întreaga activitate educaţională. Fenomenul de neadaptare se corelează cu factori subiectivi şi obiectivi, determinând perturbarea echilibrului dintre elev şi şcoală. Din categoria factorilor subiectivi fac parte cei ce ţin de starea fizică şi dezvoltarea mintală a copilului, evoluţia afectivităţilor, însuşirile caracteriale şi temperamentale, iar factorii obiectivi sunt familiali, şcolar-pedagogici, culturali, morali şi economico-sociali.

O atenţie deosebită trebuie acordată elevilor cu handicap de intelect şi celor cu intelect de limită. Dacă pentru unii sunt unităţi speciale (aşa cum am văzut) în care activitatea şcolară se corelează cu particularităţile lor individuale, pentru elevii cu intelect de limită complexitatea procesului instructiv, exigenţele acestuia presupun un efort mult mai mare, care poate determina apariţia de dificultăţi în achiziţia sau operarea cu unele concepte. Neajunsurile cresc o dată cu trecerea dintr-o clasă în alta a elevului, când sporesc sarcinile intelectuale şi când elevul se plasează sub nivelul colegilor săi ; cele mai frecvente eşecuri ale elevilor cu intelect de limită se datoresc dezabilităţilor verbale, inteligenţei necreatoare, lipsei de originalitate în activităţile intelectuale, implicării afectiv-motivaţională scăzute, capacităţii modeste de învăţare.

În lucrările de specialitate se subliniază ideea că la vârstele de 6—7 ani există un procentaj relativ mare de copii — circa 8—10% — care nu au maturitatea necesară pentru a corespunde exigenţelor unei învăţări organizate şi riguroase, ceea ce poate duce la o formă de *inadaptare şcolară de tipul imaturităţii*. Copiii ce fac parte din această categorie

Scanned with OKEN Scanner

progresează lent, nu pot susține un efort îndelungat, obosesc mai repede decât ceilalți, sunt agitați motor și psihic sau dimpotrivă, aptici, indiferenți, trec cu greu de la o activitate la alta, iar cu timpul, ca urmare a eșecurilor repetate, le scade interesul pentru învățare și încep să evite școala. Dezorganizarea fundamentală a activității de învățare la acești copii este determinată de dificultățile formării abilităților instrumentale, în primul rând a scris-cititului și socotitului. Acest fenomen devine și mai pregnant când la nivelul scris-cititului apar tulburări dislexo-digrafice, sau la nivelul calculului se instalează discalculiile.

O altă cauză care poate conduce la insucces școlar ține de instabilitatea psihică a copilului ce se manifestă printr-o capacitate redusă de concentrare a atenției, mobilizarea greoaie pentru activitate, dificultăți în fixarea scopurilor clare, dificultăți în anticiparea și înțelegerea situațiilor complexe. Acești factori determină un tip de insucces școlar bazat pe stări anxioase în care fobia față de școală influențează structurarea personalității și comportamentului copilului. Predominarea în timp a anxietății generează neliniște și panică, reacții emoționale exagerate, și labilitate afectivă, fatigabilitate și cefalee. Pe un asemenea fond se instalează perturbări caracteriale și de inadaptare, ca forme evidente ale handicapurilor de comportament.

Inadaptarea nu se reduce numai la cea de tip școlar ; ea poate cuprinde toate sferele activității și relațiile umane implicate. După unii autori (C. Gonnet) există trei categorii principale de copii inadaptați :

1. inadaptații psihic (cuprinzând handicapații de intelect) ;
2. inadaptații fizic (cuprinzând handicapații senzoriali) ;
3. inadaptații social (cuprinzând delicvenți, psihopații și psihoticii).

Așadar, inadaptarea se raportează la particularitățile psihoindividuale și la factorii de mediu fără să se neglijeze vârsta subiecților. Astfel, la copiii școlari mici conduitele deviante, ce cad sub incidența inadaptării, sunt puerile ca manifestare, iar la puberi și adolescenți se adaugă un spectru mai larg din care nu lipsește dorința de spectacular. Și la unii și la alții se pune problema adaptării la activitate și la normele ce guvernează colectivitățile. Din această perspectivă *se poate vorbi de mai multe feluri de adaptare : adaptare dificilă (tensionată), adaptare bună (confortabilă), inadaptare și dezadaptare (când adaptarea devine dezorganizată)* care toate se structurează pe forme de modele tipologice ale conduitelor adaptive (U. Șchiopu, E. Verza).

În timp ce la vârsta copilăriei predomină formele inadaptării școlare, cu timpul se instalează și dificultăți în adaptarea profesională și socială. Aceste dificultăți își pun amprenta asupra întregului versant al personalității și se ajunge la stabilizarea handicapurilor comportamentale. Sunt și forme ușoare sau incipiente ale conduitelor inadecvate care, adeseori, trec neobservate pentru că nu afectează în mod nemijlocit relațiile copilului cu cei din jur, dar când acestea se amplifică și se extind la cât mai multe situații, ele devin evidente și afectează dezvoltarea în ansamblu a persoanei. În acest din urmă caz sunt prezente tulburări ale afectivității, ale caracterului și ale sociabilității. Dominantă este imaturitatea afectivă ce iradiază în toate compartimentele vieții psihice și poate fi de tipul hipo sau hipertimiei, imprimând caracteristici distinctive subiectului (autism, solitudine, sociopatie).

Scanned with OKEN Scanner

La toate cele de mai sus trebuie remarcat că handicapurile de comportament, cu efectele caracteristice în plan școlar și social, îmbracă forme specifice în deprivarea auditivă, vizuală și motorie (la cea de intelect ne-am referit deja). O asemenea disfuncționalitate impietează asupra dezvoltării personalității copilului prin întreruperea sau reducerea activității, prin sărăcirea conținutului stimulărilor senzorial-perceptive și prin diminuarea contactului copilului cu mediul înconjurător; atunci când privarea apare brusc se produc modificări comportamentale pe un spectru larg și de mare profunzime, dar în condiții securizante, cu timpul aria lor ser estrânge. Neliniștea, teama, nervozitatea, irascibilitatea, dezorientarea se diminuează când există suportul afectiv necesar din partea persoanelor apropiate și când la nivelul școlii se stabilesc relații bazate pe înțelegere și de facilitare a afirmării copilului.

3. MĂSURI PSIHOPEDAGOGICE DE PREVENIRE ȘI DE EDUCAȚIE ÎN HANDICAPURILE DE COMPORTAMENT. CONTRIBUȚIA EDUCATOAREI ȘI ÎNVĂȚĂTOAREI LA INTEGRAREA ÎN VIAȚĂ A HANDICAPAȚILOR

Sunt deosebit de importante măsurile psihopedagogice de prevenire a handicapurilor de comportament deoarece asemenea demersuri se realizează cu mai puține eforturi și îl scutesc pe copil de multe din neajunsurile ce le implică, asigurându-i, totodată, dezvoltarea armonioasă a personalității. În condițiile când totuși se produc devieri ale conduitei sunt necesare, de timpuriu, intervenții educaționale cu caracter recuperativ-corectiv, pentru a nu permite cronicizarea acestora și structurarea unor deprinderi negative. Și într-un caz și în altul, alături de familie, educatoarea și învățătoarea au un rol fundamental. Începând cu exemplul lor personal și terminând cu atitudinile pline de tact, influențează copilul, mai întâi prin imitarea comportamentului adultului, iar ulterior prin înțelegerea acestuia, adoptă transparențe pentru situațiile ivite. Astfel, se pot desprinde faze ale procesului educațional ce vor fi raportate la particularitățile psihoindividuale și de vârstă ale copiilor. Fazele implică demersuri pedagogice clare și de antrenare a copilului în activități care să permită afirmarea sa.

O primă fază constă în crearea unui confort psihic, la nivelul colectivului, în care să se acorde importanță *componentei afectiv-motivaționale,* stimulându-se, pe de o parte, sensibilitatea copilului și receptivitatea sa față de trăirile celorlalți, iar pe de altă parte, să se dezvolte motivații complexe pentru activitate și pentru îndeplinirea scopurilor ce le presupune aceasta. Se are în vedere formarea *maturității în raporturile colective și școlare* în care relațiile inter-personale și activitățile organizate contribuie la dezvoltarea personalității copilului.

Între procesul de dezvoltare psihică și activitate, în general, și cea de tip școlar, în special, se realizează o strânsă interdependență. Rezultatele obținute, calitatea finalizării acțiunilor sunt dependente de nivelul dezvoltării psihice, nivel ce este influențat, la rândul său de conținutul și forma activității. De aceea trebuie înlăturate variabilele aleatorii pentru a evita factorii inadaptării și adoptarea variabileleor controlabile, în

Scanned with OKEN Scanner

vederea dirijării copilului spre scopuri și interese cât mai bine conturate. Pentru aceasta educatorul vizează cunoașterea factorilor intelectuali și nonintelectuali ai personalității copilului, punându-l pe acesta în postura de a efectua acele activități în care el poate da un randament maxim. Prin aceasta se ajunge la o altă fază și anume de dezvoltare a *componentei intelectual-cognitive*. Ea este deosebit de activă în școală, ca urmare a organizării proceselor intelectului și a achizițiilor complexe, dar bazele ei se pun în perioada preșcolară. O dată cu însușirea de noi experiențe, de stăpânire a operațiilor instrumentale, de calcul etc. elevul capătă satisfacție și își probează capacitățile de care dispune.

Faza ultimă la care ne referim constă în reconsiderarea *componentei sociale*, dată fiind importanța relațiilor și a locului ocupat de copil la nivelul grupului din care face parte. Aparent neimportantă pentru unii învățători, această componentă poate avea caracteristici de implicare a elevului în viața școlară și de coeziune a colectivului sau dimpotrivă, de dezangajare și ostilitate față de cei din jur, care se repercutează asupra atitudinii în raport cu învățarea. Colectivele relativ omogene și care întrețin un climat afectiv fără tensiuni stimulează pe elevi la învățătură și contribuie la dezvoltarea conștiinței de sine.

Desigur, în procesul educațional aceste faze se corelează, iar unitatea și eficiența lor depinde de măiestria pedagogică a educatorului. Demersul organizat trebuie să înceapă din grădiniță, prin imprimarea activităților ludice a unui caracter de influențare pozitivă și de stimulare a dezvoltării componentelor enunțate mai sus. La acestea se adaugă acțiunile de cunoaștere, de dezvoltare a comunicării și de socializare, care urmăresc formarea intereselor cognitive și a atitudinilor adaptative. Achizițiile respective se valorifică în școală pe un plan superior când copiii sunt ajutați să înțeleagă corect situațiile și să depună efort pentru depășirea momentelor dificile ce se pot ivi. Stimularea psihică și intervenția educatorului trebuie să fie permanente, prevenind momentele de derută ale copilului și creând situații de afirmare a personalității sale, de înlăturare a fenomenelor de inadaptare și de a corecta orice abatere de la conduitele normale, de a asigura dezvoltarea componentelor integrative în viața școlară și socială.

TEME DE CONTROL

1. Analizați principalele cauze care pot provoca handicapurile de comportament și raportați-le la vârsta copilului.
2. Descrieți formele interne și manifestările exterioare ale handicapurilor de comportament.
3. Care sunt efectele mai importante ale handicapurilor de comportament în viața școlară și socială.
4. Precizați măsurile psihopedagogice de prevenire a fenomenelor de inadaptare și de educație a handicapaților de comportament.

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul XV

POLIHANDICAPUL

Prin polihandicap se înțelege existența a două sau mai multe forme de handicap ce se află în asociere la aceeași persoană. Dar, la toate categoriile de handicap analizate (în capitolele anterioare) am putut constata că ele sunt asociate, în grade diferite cu alte handicapuri sau tulburări. Acestea din urmă sunt efecte secundare ce rezultă, adeseori, chiar din starea de handicap fundamentală. La ele ne-am referit când am analizat fiecare formă de handicap. În acest capitol avem în vedere polihandicapul ca formă de asociere a unor handicapuri fundamentale ce sunt însoțite de o varietate de tulburări. Dintre aceste două categorii ni se par semnificative pentru demersul nostru : *surdo-cecitatea* și *autismul*.

În literatura de specialitate polihandicapurile sunt mai puțin analizate ca entități de sine stătătoare, considerându-se, probabil, că explicarea formelor singulare permite o pătrundere în intimitatea fenomenelor respective, iar pe baza lor corelațiile devin posibile între toate manifestările sau tulburările ce le caracterizează. Apar și dificultăți de evidențiere a simptomelor principale, deoarece ele pot aparține într-o măsură, relativ egală, unor forme diferite de handicap. Cu toate acestea, se impune o tratare separată a celor două categorii de polihandicap, dată fiind nu numai condiția specială a orbului surdomut și a autistului, dar și metodologia educațional-recuperativă diferită față de celelalte forme de handicap.

1. SURDO-CECITATEA

Prin asocierea surdomutității cu cecitatea se produc grave perturbări în modul de existență al individului, deoarece perceperea lumii înconjurătoare și comunicarea cu aceasta se restrânge la un număr minim de canale care face dificil devenirea umană. La orbul surdomut sunt afectați principalii analizatori : văzul, auzul și verbo-motor. Ca urmare, socializarea și dezvoltarea psihică presupune adoptarea unor programe

educaționale care să valorifice maximal analizatorii valizi și să se determine compensarea acelor funcții ce le sunt specifice analizatorilor afectați. Educarea unui asemenea copil cu dublu sau triplu handicap este dependentă și de perioada în care se produce afecțiunea. Un copil polihandicapat din naștere sau la scurt timp după, nu are reprezentări vizuale și auditive și nici deprinderi de vorbire care să se consolideze în mod obișnuit (în relație cu mediul). Dar survenirea orbirii și surdității după stocarea unor imagini face posibilă, prin antrenament și învățare, dezvoltarea compensatorie a funcțiilor specifice și a abilităților comunicaționale.

Din punct de vedere etiologic, factorii incriminați sunt, în majoritate, aceeași ca și în handicapul de vedere sau de auz, numai că acțiunea lor este mai extinsă, mai profundă și produc modificări majore de ordin structural și funcțional. Între aceste cauze, mai importante sunt bolile infecto-contagioase, intoxicațiile (febra tifoidă, rubeola, administrarea în exces a streptomicinei, neomicinei, canamicinei etc.) și traumatismele (ce afectează zonele centrale sau periferice ale analizatorilor respectivi). Meningitele și encefalitele au și ele o mare incidență în producerea polihandicapurilor.

De cele mai multe ori, în faza inițială, se instalează una dintre deficiențe ca la scurt timp să urmeze și cealaltă : dar ele pot apare și concomitent. Depistarea acestora de timpuriu este dificilă. În primul și parțial în cel de al doilea an de viață, mai cu seamă când se mențin unele resturi auditive sau de vedere, părinții nu realizează starea de handicap a copilului sau continuă să se amăgească cu existența unui fenomen trecător și astfel, se prezintă la un consult medical mult prea târziu. După ce încearcă tot felul de tratamente și când își văd speranțele spulberate, adeseori pe la 6—7 ani (și chiar mai târziu) copilul este orientat spre recuperarea educațională. Când handicapul survine în perioada preșcolară sau școlară se produc grave tulburări la nivelul personalității copilului și al părinților. Se depășește cu mare dificultate prima etapă ce poate fi caracterizată prin dezorientare și depresie totală.

În plan educațional-recuperativ, întregul proces trebuie să se bazeze pe posibilitățile de preluare a funcțiilor afectate de către analizatorii valizi și să se dezvolte o serie de capacități prin intermediul acestora care să facă posibilă umanizarea și comunicarea cu lumea înconjurătoare. Se acordă atenție în primul rând, formării unor obișnuințe pentru satisfacerea normală a trebuințelor biologice și igienice (servirea mesei, spălatul, folosirea toaletei), precum și recepționarea semnalelor din mediu în vederea raportării la cei din jur. Formarea și menținerea unor reflexe condiționate poate constitui o etapă importantă pentru stimularea reflexului de orientare și elaborarea intereselor de cunoaștere. După parcurgerea timpului necesar cunoașterii nemijlocite a obiectelor concrete, se trece la o altă etapă și anume aceea de elaborare a imaginilor în care se realizează reprezentări pe baza percepțiilor. Dar activitatea practică, rămâne încă dominantă pentru semnificația nemijlocită a relației organism-mediu. În organizarea cunoașterii dezvoltării capacităților senzorial-perceptive se respectă legitățile secvențiale de : detectare, discriminare, intensificare și interpretare.

Atunci când se descriu mecanismele cunoașterii la orbii-surzi, în literatura de specialitate se fac adeseori referiri la o serie de cazuri celebre și în primul rând la Helen Keller și Olga Skorohodova. Helen

Scanned with OKEN Scanner

Keller devine surdo-oarbă, înainte de împlinirea vârstei de doi ani (la 19 luni), ca urmare a unei meningite, iar Olga Skorohodova pierde văzul și auzul la vârsta de cinci ani, ca urmare a meningitei. În urma unor activități recuperative susținute și calificate, atât Helen, cât și Olga, reușesc să absolvească o instituție de învățământ superior și să demonstreze capacități intelective creative remarcabile. Pe lângă proza și poezia, Helen și Olga au evidențiat etapele educației speciale și modul cum s-au dezvoltat din punct de vedere psihic. Acestea sunt consemnate în lucrări separate, de mare sensibilitate și importanță pentru domeniul psihopedagogiei. În „Memoriile" Helenei și în lucrarea Olgăi „Cum percep lumea exterioară" (tradusă și la noi) sunt prezentate, în detaliu, modalitățile de percepere și de relaționare cu mediul, contactul cu obiectele, formarea reprezentărilor și imaginilor, a simbolurilor și comunicării verbale etc. Desigur, există un avantaj, chiar și minor, pentru cele două cazuri, și anume că spre deosebire de un asemenea handicap din naștere s-a putut stabili o formă de contact cu lumea înconjurătoare și, ca atare, intelectual au evoluat normal. Acest avantaj s-a păstrat cu toate că, până la începerea activității educaționale organizate, s-au șters în bună măsură imaginile obiectelor și s-a uitat pronunția cuvintelor ce le denumesc. Totuși capacitatea de a comunica gestual și conștiința simbolului care stă la baza limbajului au facilitat procesul educațional-recuperativ.

Pentru părinți copiii cu handicap asociat devin o povară greu de suportat când grija exagerată ori respingerea este dublată de faptul că nu știu cum să procedeze cu ei. Astfel de copii ajung la vârsta școlară fără a avea deprinderi de a mânca, de a se îmbrăca, de a se autoservi, de a folosi obiectele și de a-și exprima dorințele. În această situație, educația trebuie să se bazeze pe faptul că fundamental este contactul cu lumea, stabilit prin simțul tactului. Copilul trebuie să înțeleagă că fiecare lucru are un nume, iar folosirea limbajului presupune și înțelegerea sa. Înțelegerea cuvântului și noțiunea ca simbol presupune perceperea faptului că fiecare obiect sau acțiune sunt reprezentate prin cuvinte, prin litere sau grafeme, prin desene, adică prin ceva care nu este obiectul în sine. Însușirea noțiunii de obiect care presupune existența sa și în absența acestuia, înseamnă anticipație și posibilitatea de apariție în momentul exprimării dorinței. Pentru a se putea ajunge aici nu trebuie neglijată educarea simțurilor valide : prin tact, subiectul este învățat să pipăie diferite suprafețe și să constate netezirea sau asprimea lor, forma și mărimea, să asocieze o culoare cu un anumit obiect (verdele cu iarba, albul cu foaia de hârtie sau peretele etc.), să diferențieze vocea umană de zgomote, după vibrarea anumitor obiecte, prin miros și gust se pot realiza alte asociații care să le permită discriminarea unor însușiri sau obiecte. În același timp, copilul handicapat trebuie învățat să-și cunoască corpul, posibilitățile de mișcare și deplasare (și prin dans, înot), ceea ce duce la descoperirea distanței în spațiu și timp. În felul acesta, își va forma și capacități de raportare la alții, de percepere a poziției sale în raport cu lumea ce îl înconjoară, fapt important și pentru dialogul comunicațional.

În activitatea cu copiii orbi-surdomuți explorarea mediului înconjurător, prin plimbări și excursii, permite cunoașterea reală a obiectelor, concomitent cu învățarea numelui acestora, educatorul „scriind" cuvintele respective în palma copiilor. Și prin folosirea unor gesturi se

Scanned with OKEN Scanner

poate atinge același obiectiv mai cu seamă dacă copilul posedă o bună capacitate de imitare, ca urmare a palpării mișcărilor educatorului. După ce sunt însușite bazele limbajului, se trece la lectură, scris și calcul. Se va utiliza protezele auditive acolo unde sunt resturi de auz oricât de mici și se va învăța în braille în vederea ajungerii la comunicare și la stimularea intelectului. Pentru aceasta este nevoie să se colaboreze un program educațional-recuperativ care să țină seama de fiecare caz în parte și care să prevadă cronologia etapelor de dezvoltare ale copilului.

Pentru subiectul cu un astfel de handicap, mâna joacă un rol fundamental în recepția stimulilor din mediul înconjurător și totodată, îndeplinește funcția de organ de transmisie prin gest și dactilologie. Formarea comunicării verbale și a gândirii verbale se bazează pe imaginile constituite prin tact și prin simbolistica exprimată cu ajutorul gestului și dactilemului. Atât recepția cât și transmisia sunt dependente de o serie de factori subiectivi și obiectivi în care participarea mai multor analizatori este deosebit de importantă. Iată ce notează Olga Skorohodova :

„Mâinile îmi înlocuiesc parțial văzul și auzul. Dar și picioarele mele nu joacă în acest caz un rol mai mic. Astfel simt cu ușurință cea mai mică înclinație a solului, dacă merg pe stradă sau prin parc. Iată de ce, mrgând pe stradă, recunosc când mă apropii de capătul trotuarului unde trebuie să cobor pe caldarâm și când mă apropii de locul unde trebuie să mă urc pe trotuar".

. . . . . .

„Noi percepem lumea înconjurătoare, casele, străzile, orașul, după poziția lor în spațiu. Noi simțim simetria, perspectiva, simțim însuși spațiul după poziția lucrurilor.

Pesemne că în special reflecția sonoră, ecoul sălilor, al piețelor, străzilor, trotuarelor, dă orbului senzația de spațiu.

Dar dacă lipsește nu unul, ci două deodată din cele cinci simțuri : văzul și auzul ?

Și atunci rămâne o cale de percepere a „marii lumi"... Rămân aerul, întotdeauna accesibil percepției, mișcarea lui și direcția acestei mișcări, temperatura, prezența mișcărilor etc.

În afară de ecoul sonor mai există și un „ecou" aerian. Acesta poate fi și un val de aer de la un tramvai, de la o mașină care a trecut în viteză. O răbufnire de vânt, reflectată de pereții înalți ai unei case sau curenți de aer abia perceptibili, care se „reflectă" de case, care curg prin ferestrele deschise, oberlichturi etc...

Din aceste senzații care par mărunte, neînsemnate, se formează treptat o reprezentare definitivă, completă despre lumea înconjurătoare".

Prin urmare, există posibilitatea educării și recuperării în vederea integrării în viața socială și în cazul unor anomalii asociate grave. Pentru un astfel de handicap asociat cum este cel al surdo-cecității metodologia educațională utilizată de cei mai mulți specialiști, implică următoarele etape : cunoașterea nemijlocită a lumii înconjurătoare, însușirea gesticulației, formarea capacității de folosire a semnului tactil, formarea deprinderilor de citire și scriere, formarea capacității de comunicare verbală. Dar climatul afectiv, atmosfera tonifiantă, întreținută în activitate și stimularea atitudinilor pozitive, efortul constant și perseverent influențează calitatea procesului recuperativ. Neîndoielnic aceas-

Scanned with OKEN Scanner

tă metodologie trebuie adaptată la fiecare caz în parte și deci, se pot interpune și alte momente care să țină seama de specificul handicapului și particularitățile psihice ale subiectului.

2. AUTISMUL

Termenul de autism a fost formulat de E. Bleuler la începutul secolului pentru dereglări secundare de natură psihogenetică pe care le raportează la o categorie definitorie de tulburări primare. Acestea din urmă sunt prezente în forme diferite și în autism și se concretizează în dereglări ale asociațiilor de idei, întreruperea fluxului ideativ, în dereglări de limbaj și folosirea stereotipiilor, în afirarea stărilor de excitabilitate, ce alternează cu cele de depresie, în dereglări neuro-vegetative secondate de halucinații în plan psihic. Din categoria celor secundare și care pot deveni predominante, în autism sunt evidențiate toate dereglările ce țin de evoluția principalelor funcții psihice și de personalitate. Ulterior, conceptul de autism a fost bine conturat și definit în raport cu alte categorii de handicap.

2.1. TERMINOLOGIE ȘI FRECVENȚĂ

Deși în ultimul timp au fost întreprinse o serie de studii, autismul rămâne unul din conceptele cele mai controversate. O asemenea situație are la bază cel puțin patru explicații mai deosebite :

a) Starea de autism este una din cele mai complexe, în care varietatea simptomelor psihologice apar pe fondul unei diversități de structură citoarhitectonică relativ specifică ;

b) Austimul a constituit obiectul de studiu al unor specialiști din domenii diferite (psihopedagogie specială, psihologie, psihiatrie, pedagogie, psihologie clinică etc.), ceea ce a creat o optică de abordare centrată pe fenomenologia caracteristică unui anumit tip de evaluare și intervenție în scop de recuperare ;

c) Datorită diversității etiologice și a existenței unor factori nocivi prezenți și în alte forme de handicap, delimitarea autismului și evidențierea specificității sale presupune investigații riguroase dintre care, unele sunt limitate în stadiul actual al științelor ;

d) Evoluția comportamentală și structurarea activității psihice cu progresele și regresele realizate sub influența proceselor educațional-recuperative sunt atât de complicate și de diferite, de la un caz la altul, încât face dificilă acțiunea de psihodiagnoză și prognoză.

Având în vedere cele de mai sus, în diagnoza autismului se fac frecvente confuzii și substituiri cu alte sindroame care, la rândul lor, sunt prea puțin delimitate în teorie și practică, dar prezintă unele manifestări asemănătoare sau chiar comune cu cele de autism. Astfel, termenii de „psihoză infantilă", „encefalopatie infantilă", „tulburări emoționale grave", „fond sechelar encefalopat prin dismaturitate", „copii fără contact", „schizofrenie infantilă", „oligofrenie", „întârziere psihică" ș.a. se referă la o arie largă de fenomene, dar nu acoperă starea concretă de autism, ca entitate distinctă și reală pentru o serie de cazuri date. Creatorul termenului de autism, E. Bleuler, îl definește ca

Scanned with OKEN Scanner

pe o „detașare de la realitatea însoțită de o predominare a vieții interioare". Pentru a înlătura unele confuzii credem că trebuie să pornim de la etiologia cuvântului și anume de la grecescul „autos" care înseamnă însuși sau eul propriu ca și de la accepțiunea dată autismului de Leon Kanner ca fiind „retras, mulțumit de sine însuși". În plan practic, remarcăm că același autor organizează în anul 1940 o grupă de copii autiști, în principal pentru activități logopedice ca apoi, în 1943, să teoretizeze termenul de autism prin evidențierea unui sindrom comportamental (în toate sferele : acțional, verbal, afectiv, cognitiv etc.), specific în raport cu alte handicapuri în care trăsăturile „neobișnuite", dar caracteristice, să permită diferențierea de psihoză, schizofrenie sau handicap mental. Situându-se pe o poziție similară, Lorna Wing afirmă că autismul prezintă un comportament ce poate fi definit cel mai bine, dar cu „o ereditate anormală".

Cu mult înainte de descrierea autismului de tip Kanner, literatura de specialitate consemnează o serie de date interesante cu privire la comportamentul și chiar educația unor copii ce prezentau o simptomatologie asemănătoare. În acest context sunt reținute descrierile făcute, încă din anul 1799, de medicii John Haslau a unui băiat de 5 ani internat la Bethlem Royal Hospital și cele ale lui Gaspard Itard băiatului Victor (cum a fost numit) în vârstă de 11—12 ani, găsit în pădurea Aveyron din Franța. Programul educațional aplicat de Itard cazului respectiv a fost ulterior discutat și dezvoltat de Maria Montessori (1921). Ceva mai târziu, în anul 1920, psihologul american Lightner Witmer aplică o tehnică specială de educare în cazul unui băiat cu tulburări severe, specifice autismului.

Rămâne semnificativă contribuția lui Kanner care a făcut posibilă departajarea tranșantă a unui sindrom caracteristic de autism de toate celelalte forme de handicap și mai cu seamă de formele de subanormalitate și psihoză, cu care se confundă mai des sau se aprecia că prezintă o simptomatologie subordonată acestor stări. Și astăzi, în unele lucrări, mai ales în cele de psihiatrie și uneori chiar în cele din domeniul psihopedagogiei speciale, caracteristicile de autism sunt descrise ca manifestări ale psihozelor, deficienței de intelect profunde, ale unor handicapuri de auz, pe un fond de deficit mental, ale unor deficite cerebrale de tip dizartric sau de tip alalic, ale handicapurilor asociate, în genere. Cu toate că în aceste forme de handicap pot exista diferite aspecte ce țin de simptomatologia restrânsă de tip autist, ea nu este singulară și definitorie pentru starea respectivă. Pe baza observațiilor efectuate asupra celor 11 copii din grupa amintită, Kanner evidențiază o serie de trăsături caracteristice printre care mai importante le-a considerat pe cele legate de incapacitatea de a adopta o poziție normală în timpul luării în brațe, chiar din perioada de sugar, incapacitatea de comunicare verbală, o exacerbare a memorării mecanice, incapacitatea utilizării conceptelor abstracte, teamă și emoții exagerate în situația nesemnificative pentru efecte de acest gen, incapacitatea imaginativă în activități ludice, producerea întârziată a unor manifestări ecolalice, creearea impresiei de dezvoltare fizică și intelectuală normală, izolarea și retragerea în sine, atașament nemotivat față de obiecte nesemnificative ș.a.

Frecvența autismului este și mai discutabilă pentru că nu au fost efectuate statistici relativ complete în nici o țară. Se poate totuși in-

Scanned with OKEN Scanner

voca un studiu din anul 1964, efectuat în Anglia pe populația infantilă cuprinsă între 8—10 ani cu care ocazie au fost depistați 4—5 copii la 10.000 ce prezentau semne de autism. Un alt studiu făcut în Danemarca confirmă aceste date. Concluzia de ordin general constă în aceea că în țările dezvoltate frecvența autismului este mai mare față de țările slab dezvoltate ca urmare a mortalității sporite în acestea din urmă. Copiilor cu asemenea handicapuri grave trebuie să li se asigure o îngrijire medicală specială ce se realizează cu dificultate acolo unde asistența sanitară este precară. Comparativ cu alte handicapuri, se apreciază că autismul are o frecvență similară cu cea a surdității și mai mare decât cecitatea. Raportată la sexe, frecvența este mai mare la băieți, aproximativ 4 la 1 față de fete. Cercetările mai recente nu au putut demonstra transmiterea ereditară legată de sex și nici prezența unui caracter genetic dominant la unul din sexe (Spence, 1975). În schimb, se remarcă un număr mai mare de autiști printre copiii unici sau a primilor născuți.

2.2. ETIOLOGIA ȘI TEORIA EXPLICATIVĂ

În abordarea sindromului de autism, dificultățile cele mai evidente se manifestă în sfera stabilirii factorilor ce pot fi implicați și a elaborării unor explicații plauzibile cu privire la mecanismele autismului. Din această perspectivă, Lorna Wing încearcă să explice natura autismului prin implicarea factorilor etiologici pe două direcții fundamentale și anume : prima se referă la existența unor factori ce determină anomalii organice, iar cea de a doua cuprinde factorii răspunzători de producerea tulburărilor funcțiilor psihologice sau psihofiziologice. Așa spre exemplu un mecanism genetic poate determina atât o anomalie structurală, cât și una biochimică ce afectează o funcție sau mai multe ale creierului. Sunt și alți autori, ca Boullin, Coleman și O'Brien (1970) care semnalează existența, în proporții diferite, a unor anomalii biochimice în celulele sanguine la copiii cu autism clasic.

Pe baza acestor afirmații și prin centralizarea unor caracteristici specifice somato-psihice cu implicații în psihodiagnoza diferențială, au fost elaborate trei categorii de teorii distincte ce fac posibilă explicarea autismului :

a) *teorii organice*, pe baza cărora autismul poate fi apreciat că se datorește unor disfuncții organice ce sunt de natură biochimică sau de dezvoltare structurală insuficientă a creierului și din această cauză nu poate ajunge la parametrii normali ai activității psihice. În acest sens, trebuie luate în considerație, în primul rând, dificultățile perceptuale de atenție și de învățare, prezente la autiști. Deși la aceste teorii aderă tot mai mulți specialiști, ele au un anumit grad de nesiguranță, pentru că nu precizează în ce măsură implicarea organică este de origine genetică sau traumatică. În principal, etiologiile organice se referă la afecțiunile creierului, anomalii genetice, leziunile subcorticale, disfuncția sistemului vestibular, anomaliile sistemului reticular, întârzieri ale maturizării ;

b) *teorii psihogene* care interpretează autismul ca pe un fenomen de retragere psihologică față de tot ceea ce este perceput rece, ostil și pedepsitor. Se pare că Bruno Bettelheim (1967) este primul care invocă

Scanned with OKEN Scanner

relația părinte-copil și se bazează pe observarea unor relații reci ale părinților față de copiii autiști. Ca urmare, se ajunge la unele disfuncții psihologice, manifestate prin anomalii ale dezvoltării sferei emoționale, anomalii ale dezvoltării sferei cognitive, când dificultățile utilizării simbolurilor devin dominante în tulburările limbajului, anomalii ale capacităților perceptive și de atenție, dificultăți și aberații în imitarea acțiunilor corporale cu repercusiuni negative în formarea identității de sine.

c) *teorii comportamentale* ce sunt legate de cele psihogene, pentru că implică, întotdeauna, componente de ordin psihologic. Aceste teorii postulează că autismul infantil ia naștere printr-un șir de comportamente învățate și care se formează în urma unor serii întregi de recompensări și pedepse întâmplătoare. Ele se mențin prin aceleași recompensări și pedepse ce se repetă în condiții relativ asemănătoare sau percepute de copil ca fiind similare. Așa se produc și se consolidează crizele de furie, autostimulările etc., care prin interacțiunea cu mediul pot deveni un fel de necesitate a manifestărilor. De cele mai multe ori, la baza acestor simptome stau aberații în structura psihică și de viață a părinților, intervenții anormale în educarea copiilor, existența unor anomalii la copii ce sunt exacerbate de atitudinea și comportamentul patologic al părinților.

Rezultă, așadar, că din perspectivă etiologică în producerea autismului pot concura, pe de o parte, o sumedenie de factori ce se subsumează oricăror din cele trei direcții enunțate mai sus, iar pe de altă parte, și atunci când intervine un singur factor nociv de o anumită complexitate antrenează un tablou larg de anomalii în plan structural sau psihologic. Imposibilitatea precizării cu exactitate, în toate cazurile, a factorilor etiologici creează supoziția implicării și a unor cauze ce sunt tipice și pentru alte categorii de handicap. Printre acestea sunt boli infecto-contagioase, traumatismele din timpul sarcinii și ale nașterii, cauze ereditare, anomalii ale creierului care sunt apreciate că se găsesc la 1/3 dintre autiști. Ca urmare și a acestor cauze, se estimează tot la 1/3 numărul autiștilor care prezintă și alte suferințe, cum ar fi: meningita, encefalita, hidrocefalia, epilepsia. Dar prezența unor handicapuri asociate cu o natură multifactorială complică și mai mult elucidarea specificității autismului. Pentru a se evita aceste dificultăți și pentru o explicație cât mai plauzibilă este necesar să se ia în considerație orice factor etiologic posibil și orice teorie care poate, chiar și parțial, contribui la explicarea autismului și a tulburărilor ce i se asociază.

2.3. SIMPTOMATOLOGIE ȘI DIAGNOZĂ

Am putut remarca deja din aspectele etiologice cât de complex este autismul și cât de variate sunt cazurile particulare care se constituie în adevărate identități specifice. Pentru întregirea imaginii de complexitate trebuie să luăm în considerație și manifestările multiple ce se produc în toate palierele activității psihice. Dintre acestea, pe cele mai importante le putem grupa astfel:

— dificultăți de limbaj și comunicare;
— discontinuitate în dezvoltare și învățare;
— deficiențe perceptuale și relaționale;
— tulburările acționale și comportamentale;

Scanned with OKEN Scanner

— disfuncționalitățile proceselor, însușirilor și funcțiilor psihice.

a) *Dificultățile de limbaj și comunicare* se manifestă, de timpuriu, prin lipsa unor relații adecvate în vorbire și prin slabul interes manifestat în achiziția limbajului. Unul din fenomenele care atrag atenția este și acela că autiștii nu răspund la comenzile verbale și pot prezenta o reacție întârziată la apelul numelui lor. Vorbirea se însușește cu o întârziere mare, față de normal, și cu o mențiune a pronunției defectuoase mai în toate împrejurările. Deși în jurul vârstei de 5 ani pot repeta unele cuvinte, unele sunete și silabe, fenomenul ecolalic este evident, dând impresia unui ecou, mai cu seamă prin repetarea sfârșitului de cuvânt sau de propoziție. După însușirea relativă a limbajului, autiștii au tendința de a schimba ordinea sunetelor în cuvânt, de a nu folosi cuvinte de legătură și de a substitui un cuvânt cu altul apropiat ca semnificație sau utilitate (ex. cuvântul „lingură" este înlocuit cu „furculiță", cuvântul „mamă", cu „tată" etc.). Vocabularul sărac și frecventele tulburări de voce determină o vorbire economicoasă, lipsită de intonație și flexibilitate, dezagreabilă. Comunicarea autistului este îngreunată și de prezența tulburărilor în planul recepției vorbirii și de folosirea unei gesticulații relativ simplificate. În general, comunicarea non-verbală este și ea deficitară. Cum sunt prezente și dificultățile în planul ideației formulărilor verbale, ele devin stereotipe și repetative. Imaturitatea vorbirii și a comunicării este accentuată și de funcționalitatea redusă a asociațiilor ideative și de anomaliile construcțiilor gramaticale. Se poate remarca și existența unei bizarități în alcătuirea propozițiilor. Sunt și unii autiști care au o oarecare capacitate de a utiliza concepte, ceea ce le permite o raportare mai realistă la obiectele și persoanele cu care vin în contact. Acești copii nu numai că rețin simboluri, dar manifestă și o anumită capacitate de a le manipula. La ei vorbirea spontană este mai bine dezvoltată și este însoțită de folosirea mai extinsă a limbajului non-verbal (gesturi, mimică, pantomimă) și de o înțelegere aproximativă a comunicării, în genere. Dat fiind faptul că unele cazuri de autism se asociază cu handicapul mental, dificultățile de însușire a limbajului și a comunicării pot fi atât de acentuate încât fenomenul, ca atare, îmbracă o formă reducționistă comparabilă cu aceea a copiilor normali din ontogeneza timpurie. Dar sunt autiști care rămân muți toată viața dacă nu iau parte la programe speciale de educație. Când autismul se manifestă într-o formă mai puțin evidentă în copilăria mică, dar debutează, pregnant, în jurul vârstei de 10 ani, are loc un regres în plan verbal și se ajunge la instalarea treptată a refuzului de a comunica cu cei din jur.

b) *Discontinuitatea în dezvoltare și învățare* este evidentă și specifică încât poate crea impresia derutantă și confuză în aprecierea capacităților generale ale autistului și a modalităților educaționale în care poate fi antrenat. Așa spre exemplu, autistul este incapabil de a număra, dar manifestă abilități în realizarea operației de înmulțire sau manifestă dificultăți în învățarea literelor, dar au o oarecare ușurință în învățarea cifrelor ; ei se orientează relativ bine în spațiu și au o retenție exactă a obiectelor percepute într-o etapă anterioară (chiar după ani de zile), dar manifestă unele stereotipii în formarea unor comportamente cognitive. Toate acestea, cât și lipsa de interes pentru achiziția altor informații denotă aberații în corelarea și evoluția relației învățare-dezvoltare. Totuși se pot obține unele progrese pe linia învățării, cât și pe linia dezvoltării, dacă programele educaționale și recuperative se ba-

zează pe achiziția unor deprinderi în care înțelegerea acțiunilor să ocupe locul central și se creează un confort afectiv care să stimuleze interesele. Concomitent cu formarea noilor deprinderi, acțiunile ce se organizează trebuie legate de achizițiile anterioare prin realizarea unor asocieri, între acțiunea practică și imagine însoțită de verbalizare și de înțelegere a legăturilor dintre obiecte. În acest context, învățarea prin joc și desfășurarea unor acțiuni din care să rezulte un efect util nemijlocit pot spori interesul subiectului pentru cunoaștere și pentru achiziția unor abilități formative care duc la atenuarea dizarmoniei dezvoltării cognitive.

c) *Deficiențele perceptuale și de relaționare* pot fi sesizate încă de la nașterea copilului autist. Astfel, el se manifestă ca plângăreț, agitat în majoritatea timpului, agitație însoțită de țipete sau, dimpotrivă inhibat, fără interes și fără dorință de a cunoaște lumea înconjurătoare. Unii dintre autiști manifestă o adevărată fascinație pentru lumină sau pentru un obiect strălucitor, în timp ce alții nu percep elementele componente ale obiectelor. O contradicție similară poate fi sesizată și în plăcerea ce o trăiesc unii autiști pentru tact și pipăirea obiectelor, în timp ce la alții se produc reacții negative față de atingerea obiectelor, și chiar de mângâiere. În primul caz se pot, pe de-o parte, ataşa nejustificat de unele obiecte fără semnificație sau manipulează un timp îndelungat un obiect, iar pe de altă parte, manifestă o reacție aberantă la zgomot de intensități diferite, în sensul că devine violent la căderea unui creion sau a unei gume, dar nu manifestă nici o reacție la un zgomot deosebit de puternic. În cel de-al doilea caz, pot să nu accepte prinderea mâinii de către un adult sau când subiectul este solicitat să pună mâna în palma altei persoane preferă prinderea acesteia de încheietura mâinii și chiar să manifeste o reacție de respingere față de contactul cu unele jucării ce sunt foarte agreate de către copiii normali.

Asemenea fenomene care pot fi calificate ca aberații perceptuale și de relaționare sunt și în cazul acelor autiști cărora le place muzica, reacționează pozitiv la ritm sau manifestă abilități în a cânta la instrumente muzicale sau chiar compun melodii de un anumit nivel.

Prin aplicarea unor teste verbale și perceptual motorii se constată că apar dificultăți majore în realizarea unor performanțe, în sensul că acestea se mențin în limitele deficienței mintale sau a unor cazuri cu disfuncții neuropsihologice.

În acest context, o serie de specialiști evidențiază și alte trăsături ce întregesc tabloul autistului. Astfel, M. Rutter subliniază ca fiind esențiale pentru simptomatologia autismului caracteristicile specifice sau incapacitățile de relaționare socială, incapacitatea utilizării pronumelui personal la persoana I și existența unor conduite rituale și compulsive, iar Condon constată că ceea ce caracterizează autiștii este răspunsul acestora repetat la un singur semnal (spre exemplu sunet) asemănător cu emiterea unui ecou. S-a observat, de asemenea, că prin neacceptarea schimbării și prin manifestarea unei capacități reduse a autiștilor în înțelegerea și în raportarea la complexitatea vieții, denotă o semnificație pentru alienarea socială, ca urmare a faptului că aceștia sunt chiar mai deprivați intelectual decât copiii arierați mintal.

d) *Tulburările acționale și comportamentale* par a fi cele mai spectaculoase atât prin amploarea, cât și prin complexitatea lor. În producerea și extinderea acestora sunt implicate toate dificultățile caracteristice de la nivelul întregului psihism. Acțiunile și comportamentele autistului au frecvent un caracter bizar și stereotip. Deși se pot remarca o

Scanned with OKEN Scanner

serie de aspecte comune la toţi autiştii, mai cu seamă în perioadele copilăriei, cu timpul se produc unele diferenţieri ce imprimă o relativă unicitate pentru fiecare caz chiar dacă acesta are un diagnostic similar cu alt caz. Cele mai semnificative comportamente bizare apar, pe de o parte, prin acţiunea de automutilare sau autodistrugere, iar pe de altă parte, prin acţiunea de autostimulare. Automutilarea sau autodistrugerea se poate produce prin acţiuni de mişcare a unor părţi ale corpului până la epuizare, prin autolovirea cu pumnul sau cu un obiect, lovirea cu capul de perete sau de diferite obiecte etc. La rândul ei, autostimularea se manifestă pe mai multe căi : kinestezică (legănatul înainte şi înapoi, frecarea cu mâna a lobului urechii), tactilă (lovirea coapsei cu dosul palmei, zgârierea cu unghia a căruciorului), auditivă (plesnitul din limbă, emiterea unui sunet neîncetat) şi vizuală (învârtirea unui obiect în faţa ochilor, privirea neîncetată a degetelor).

Dintre acţiunile stereotipe, atrag atenţia cele legate de rotirea braţelor, învârtirea pe loc fără să ameţească şi mersul pe vârfuri, uneori chiar cu mişcări graţioase. Dar sunt şi cazuri care se manifestă cu dificultăţi de mers şi o gestică neadecvată şi dezorganizată.

Alte fenomene care au reţinut atenţia specialiştilor privesc nevoia redusă de somn a autiştilor, reacţiile diminuate la durere şi frig şi modificarea frecventă a dispoziţiilor, fără să existe o cauză corespunzătoare. Aceste fenomene sunt mai active în copilărie ; s-a constatat că în perioada de 2—5 ani comportamentul tipic autist, în ansamblul său, este cel mai evident. Rezistenţa bine cunoscută a autiştilor la substanţele sedative şi hipnotizante nu facilitează înlăturarea stărilor de insomnie şi a somnului agitat ce le este caracteristic. Din aceste motive, în ştiinţă se caută mijloace mai naturaliste care să anihileze asemenea efecte negative nu numai din sfera biologică dar şi din cea psihologică.

e) Disfuncţionalităţile proceselor, însuşirilor şi funcţiilor psihice se referă, practic, la întreaga activitate psihică. Am vorbit deja de efectele negative ale autismului în planul senzorial şi al comunicării. Desigur, ele se corelează cu celelalte anomalii şi disfuncţionalităţi ce se produc în toate palierele activităţii psihice. Astfel, în plan *afectiv-motivaţional* se manifestă, de timpuriu, o lipsă de interes pentru contactul social şi mai cu seamă indiferenţa faţă de trăirile celor din jur. În acest sens, nu sunt impresionaţi de eventualele suferinţe ale altora şi nu au atitudini definite pentru activităţile desfăşurate în preajma lor. Până la 5—6 ani copilul autist reacţionează ca un sugar normal, după care unele simptome se pot restrânge în timp ce altele se agravează şi se extind. Aşa spre exemplu, unii se ataşează exagerat faţă de obiecte ce nu prezintă semnificaţie (cutii goale, bucăţele de hârtie, cioturi de creion) sau pot manifesta o frică patologică pentru lucruri obişnuite, dar nu acordă importanţă fenomenelor utile sau nu întrevăd adevăratele pericole. Deşi autiştii nu ştiu să mintă, ei lasă impresia că ascund ceva prin faptul că nu privesc în faţă persoanele din jur. Nu se jenează în efectuarea unor acţiuni cum ar fi mâncatul de pe jos, ştergerea de părul sau de blana cuiva, efectuarea de observaţii penibile ori menţinerea unor obişnuinţe ce deranjează prin formulări de cerinţe de tipul păstrării permanente a locului ocupat la masă de membrii familiei, a locului din bănci de către ceilalţi copii, plimbarea pe acelaşi traseu etc. În genere, imaturitatea afectivă este definită ca o caracteristică tipică de infantilism a afectivităţii de tipul handicapului de intelect. Autiştii nu stabilesc contact afec-

tiv decât cu totul sporadic și fără să adopte atitudini pozitive constante față de persoanele apropiate; în schimb se evidențiază tendința de izolare, de închidere în eul propriu. Dar sunt unii care trăiesc stări de frustrații, anxietate și hiperexcitabilitate în raport cu diverse situații. De pildă, aceștia pot deveni furioși în locuri aglomerate (într-un magazin) sau reticenți față de persoane care nu le-au făcut nici un rău.

Caracteristicile *gândirii și inteligenței* rezultă și din activitățile ludice. Copilul autist adoptă un joc de tipul celui al sugarului, mai exact, de manipulare a obiectelor de joc cu degetele și nu are capacitatea de a acorda simbol jucăriei sau de a-și propune un scop pentru finalizarea acțiunii. Pe de altă parte, adeseori autismul se asociază cu formele deficienței mintale severe, ca urmare a existenței unor anomalii ale sistemului nervos central. Chiar atunci când acestea lipsesc, în unele cazuri, se constată întârzieri mintale datorate dificultăților de limbaj și învățare care fac imposibilă achiziția de experiențe cognitive pentru suportul operațional intelectiv. Dificultățile de înțelegere *imaginativă* a unor situații reale nu numai că nu contribuie la formarea de concepte care să permită abstractizări și generalizări, dar îl îndepărtează pe autist și mai mult de raportarea corectă la complexitatea vieții și de adoptarea unor atitudini care să-i permită proiecția în viitor. Totuși unii copii autiști creează impresia că dispun de o inteligență bună pentru că adoptă o expresie facială agreabilă ce rezultă din aspectul fizic, în general, plăcut. La menținerea acestei impresii favorabile contribuie și *memoria* mecanică, relativ bună. Astfel, sunt capabili să-și reamintească și să reproducă (cei care pot vorbi) expresii verbale auzite în diverse împrejurări, versurile unor poezii, să recunoască o melodie ascultată după ce percepe începutul ei, să recunoască o încăpere în care a fost cu ani în urmă etc. În schimb, nu manifestă *atenție* atunci când i se vorbește sau când în jurul său se produc evenimente cu o anumită semnificație pentru că nu înțelege sensul acestora și nu surprinde simbolistica lingvistică.

Toate aceste caracteristici au efecte negative în planul *personalității* pentru că sunt afectate relațiile interumane, reciprocitatea interpersonală și cunoașterea socială.

În urma aplicării unor teste, s-a ajuns la concluzia că la baza performanței copiilor autiști și a copiilor normali stau mecanisme diferite de prelucrare a informațiilor. Copiii autiști se bazează pe reprezentări primare în timp ce copiii normali sunt capabili de metareprezentări cu mijloace de interpretare a informațiilor verbale. Pe măsură ce se atinge un anumit nivel al competenței lingvistice, se formează și capacitatea ce implică o teorie a minții. Deci, dezvoltarea capacității de utilizare a limbajului contribuie, și la autiști ca și la normali, la formarea capacității raportată la teoria minții. Acei copii capabili de o teorie a minții sunt și mai dotați în plan pragmatic și manifestă unele comportamente cu un grad mai înalt de adaptare socială.

Luând în considerație simptomatologia și etiologia complexă, cât și existența unor manifestări pertinente în unele cazuri și lipsa sau diminuarea lor, în altele, la care se adaugă, frecvent, caracteristici tipice sau definitorii pentru handicapuri diverse, evaluarea și diagnoza autismului comportă riscuri și dificultăți. Ca urmare, într-un asemenea demers trebuie excluse, rând pe rând, simptomele specifice surzeniei, schizofreniei infantile (care poate fi mai ușor departajată dacă se are în vedere că în

Scanned with OKEN Scanner

autism nu sunt prezente halucinațiile și maniile), deficienței de intelect (chiar dacă unele manifestări se asociază autismului sunt totuși cazuri de autiști care obțin performanțe normale sub aspectul Q.I.), imaturității motorii cerebrale, alaliei, mutismului electiv ș.a. În realitate diagnosticul diferențial al autismului se efectuează prin raportarea la caracteristicile definitorii descrise mai sus și departajarea lui de alte handicapuri psihice, mentale, senzoriale etc. În același timp, nu trebuie pierdut din vedere că fiecare subiect autist manifestă, într-o anumită măsură, abilități în comportamentele dintr-un domeniu, în timp ce în altele este deficitar. Dihotomia caracteristicilor tipice în deficitare și normale sau aproape normale în unele compartimente ale activității impune un diagnostic diferențial nu numai raportat la alte handicapuri, dar și o delimitare și identificare a unicității cazului cu autism din multitudinea formelor posibile de aceeași categorie afirmând, chiar în această situație, evoluția irepetabilă de la nivelul persogenezei.

Din perspectiva analizei noastre, ne interesează, în primul rând, să diferențiem copiii cu autism de alte categorii de handicapați cu care educatoarea sau învățătoarea poate veni în contact mai frecvent. Așa cum am văzut, autismul poate fi confundat cu surdomutitatea și handicapul de intelect. Pentru a face posibilă o diferențiere mai ușoară, să luăm în considerație, pe lângă particularitățile evidențiate deja, pe cele ale comunicării. Astfel, o parte din autiști nu vorbesc, o parte nu înțeleg sau ignoră vorbirea și în fine, cei ce folosesc limbajul au dificultăți de pronunție, de ritm și de voce. Comunicarea verbală nu este susținută de limbajul gestual, deoarece autistul nu uzează, în general, limbajul semnelor și nu este interesat să imite pe cei din jur. În schimb, copilul surd folosește multe cuvinte pe baza imitației, dar mai ales comunică printr-o mimico-gesticulație bogată și variată. Ca urmare, dezvoltarea psihică se realizează în mod progresiv la copilul surd, în timp ce la autiști stagnările și chiar involuțiile sunt frecvente. Dificultăți mai mari apar în diferențierea autismului de handicapul de intelect și în special când acesta este grav. Totuși debilul mintal (handicapatul de intelect ușor și moderat) reușește să învețe limbajul și își formează o comunicare verbală (orală și scrisă) care îi permite să se integreze în viața socială. Chiar dacă comunicarea este deficitară, debilul mintal realizează progrese în anumite limite și ajunge să achiziționeze structurile lingvistice fundamentale. Toate acestea au efect favorabil și în planul comportamental și al personalității.

În funcție de aceste caracteristici procesul educațional-recuperativ trebuie conceput în mod diferențiat și adaptat la tipologia handicapului.

TEME DE CONTROL

1. Caracterizați starea de polihandicap comparativ cu cea de handicap.
2. Evidențiați caracteristicile specifice în surdo-cecitate.
3. Delimitați autismul de alte handicapuri prin descrierea caracteristicilor tipice.
4. Prezentați principalii factori etiologici și teoriile explicative în autism.
5. Subliniați criteriile diagnosticului diferențial în autism.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Capitolul I

Obiectul și metodele psihopedagogiei speciale. Locul psihopedagogiei speciale în cadrul științelor psihopedagogice 3
1. Obiectul și metodele psihopedagogiei speciale în cadrul științelor psihopedagogice 3
2. Delimitări conceptuale 4
3. Metodele psihopedagogiei speciale 6

Capitolul II

Specificul activității psihice și evoluția ei 10
1. Dezvoltare și regres în activitatea psihică 10
2. Dezvoltarea psihică la supradotați 11
3. Cunoașterea și caracterizarea copilului concretizate în fișa psihopedagogică 17

Capitolul III

Handicapul de intelect 23
1. Problematica psihopedagogiei handicapaților de intelect . . . 23
2. Etiologie și clasificare în handicapurile de intelect 26
3. Simptomatologie și structură în sindroamele handicapului de intelect 28

Capitolul IV

Caracteristicile funcțiilor și proceselor psihice la handicapații de intelect . 30
1. Specificul funcțiilor și proceselor psihice în diferite forme de activitate 30
2. Limite și perspective în recuperarea handicapaților de intelect . . 33

Capitolul V

Organizarea procesului instructiv-educativ pentru handicapații de intelect . 38
1. Aspecte psihopedagogice ale organizării unităților speciale . . 38
2. Activitatea corectiv-recuperativă și de integrare socioprofesională a handicapaților de intelect 41

Capitolul VI

Handicapul de auz 43
1. Problemele surdopsihologiei și surdopedagogiei 43
2. Cauzele și clasificarea handicapurilor de auz 45
3. Caracteristicile funcțiilor și proceselor psihice la handicapații de auz 47
4. Probleme ale protezării 50

Capitolul VII

Organizarea procesului instructiv-educativ pentru handicapații de auz . 52
1. Metodologia demutizării și organizarea unităților speciale . . . 52
2. Problemele recuperării biologice, psihice și sociale 54
3. Specificul integrării socioprofesionale 56

Capitolul VIII

Handicapul de vedere 58
1. Problematica tiflopsihologiei și tiflopedagogiei 58
2. Etiologia și clasificarea handicapurilor de vedere 59

Scanned with OKEN Scanner

3. Caracteristicile funcţiilor şi proceselor psihice 61
4. Specificul protezării şi compensării 63

Capitolul IX

Organizarea procesului instructiv-educativ pentru handicapaţii de vedere . 65
1. Problematica psihopedagogică a învăţării scris-cititului în Braille . 65
2. Dezvoltarea funcţiilor de orientare spaţială şi în timp la handicapaţii de vedere 70
3. Specificul integrării socioprofesionale 71

Capitolul X

Handicapurile de limbaj
1. Constituirea logopediei ca ştiinţă 73
2. Importanţa teoretică şi practică a logopediei 73
3. Etiologia şi clasificarea handicapurilor de limbaj 75
4. Comunicare şi intelect 76

Capitolul XI

Descrierea principalelor handicapuri de limbaj 78
1. Tulburări de articulaţie sau de pronunţie 83
2. Tulburări de ritm şi fluenţă a vorbirii 83
3. Tulburări de voce 87
4. Tulburări ale limbajului citit-scris 89
5. Tulburările polimorfe 90
6. Tulburări de dezvoltare a limbajului 92
7. Tulburări ale limbajului bazate pe disfuncţii psihice 93

Capitolul XII

Terapia handicapurilor de limbaj 94
1. Metode şi procedee cu caracter general 95
1. 1. Educarea respiraţiei şi a echilibrului dintre expiraţie şi inspiraţie . 96
1. 2. Dezvoltarea auzului fenomatic 96
1. 3. Dezvoltarea motricităţii generale şi a mişcărilor fonoarticulatorii . 97
1. 4. Educarea personalităţii şi înlăturarea negativismului 98
2. Metode şi procedee specifice logopedice 99
3. Relaţia dintre limbaj-comportament-personalitate 100

Capitolul XIII

Handicapurile de motricitate şi psihomotricitate 101
1. Etiologie şi manifestare în handicapurile fizice 105
2. Clasificarea handicapurilor fizice 105
3. Specificul terapiilor corectiv-recuperative şi problemele protezării . . 108

Capitolul XIV

Handicapurile de comportament 110
1. Cauzele şi formele handicapurilor de comportament 114
2. Efectele handicapurilor de comportament în plan şcolar şi socioprofesional 114
3. Măsuri psihopedagogice de prevenire şi de educare în handicapurile de comportament. Contribuţia educatoarei şi învăţătoarei la integrarea în viaţă a handicapurilor 118

Capitolul XV

Polihandicapul 120
1. Surdo-cecitatea 122
2. Autismul 122
2. 1. Terminologie şi frecvenţă 126
2. 2. Etiologia şi teoria explicativă 126
2. 3. Simptomatologie şi diagnoză 128
. 129

Coli tipo : 8,75
Bun de tipar : 8 mai 1997
Nr. de plan : 43339
Tiparul executat la Imprimeria „Bacovia"
Bacău, sub comanda nr. 5017/1997

Scanned with OKEN Scanner